Aus der Tuberkulose-Abteilung des Krankenhauses der
Landesversicherungsanstalt Schlesien
(Leitender Arzt: Primärarzt Dr. Mohr).

Beitrag zum akuten Beginn der Lungentuberkulose des Erwachsenen

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der Medizin

bei der

Medizinischen Fakultät der Schlesischen
Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Margot Hoffmann
geb. Ring

1930

Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H., Ursulinerstr. 1

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.

Berichterstatter: Prof. Dr. Bittorf.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Die Anschauungen über den Beginn und Verlauf der Lungentuberkulose haben sich in den letzten Jahren wesentlich geändert. Die Lungentuberkulose galt früher als eine chronische Erkrankung, die meist schleichend in der Spitze beginnt und von da aus fortschreitet. Diese Meinung galt als eine festbegründete Erfahrungstatsache, an der kein Zweifel aufkam. Ganz gleich in welchen Lehr- und Handbüchern der inneren Medizin oder der Tuberkulose oder der Pathologie man nachliest, überall findet sich diese Lehre, feststehend wie ein Dogma. Nur wenige Beispiele seien hier angeführt:

Schmauß-Herxheimer teilt die Tuberkulose in zwei Hauptformen, die akute und die chronische, ein. Die chronische Tuberkulose beginnt danach in der Regel mit den sogenannten Spitzenkatarrhen. Von da aus greifen die Veränderungen sukzessive nach unten zu auf dem Bronchialweg, dem Lymphweg, zum Teil auch auf dem Blutweg um sich. Unter den akuten Formen unterscheidet er a) die akute disseminierte Miliartuberkulose und b) die akute käsige Pneumonie. Er sagt: „Bei der käsigen Pneumonie hat der Tuberkelbazillus so schnell einen großen Teil der Lunge zerstört, ohne daß der Körper die sonst auftretenden reaktiven Abwehrversuche auszuführen imstande wäre, daß die Krankheit akut verläuft und zwar in kurzer Zeit letal." — Eine andere akute Form der Tuberkulose gibt es danach nicht. Ähnlich Ribbert (Lehrbuch der Pathologie): „Die Bazillen gelangen gewöhnlich nur in der Lungenspitze zur Entwicklung. Es besteht eine besondere Disposition der Spitze." Dazu sagt Hetsch, Kraus und Brugsch (Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten): „Daß sich der tuberkulöse Prozeß in der Regel in der Lungenspitze lokalisiert, diese allgemein anerkannte Erfahrungstatsache ist durch mechanische Momente begründet." Klinisch hatte man für diese „initiale Spitzentuberkulose" eine Reihe von Symptomen. Im Handbuch der Tuberkulose (Brauer, Schröder, Blumenfeld) heißt es: „Die ersten Beschwerden sind meist allgemeiner Natur." Ebenso Bacmeister (Lehrbuch der Lungenkrankheiten): „Die chronische in der Lungenspitze beginnende Phthise setzt meist schleichend mit Störungen des Allgemeinbefindens ein. Im Matthes (Differentialdiagnose innerer Krankheiten) findet man die Besprechung der beginnenden Tuberkulose unter der Differentialdiagnose subfebriler und chronischer Fieberzustände. „Die

Diagnose der beginnenden Lungentuberkulose ist durch den Ausbau der sogenannten Frühdiagnose tatsächlich bei sehr geringem oder überhaupt durch die einfache physikalische Untersuchung noch nicht nachweisbaren Organbefund bereits möglich." Gemeint sind Symptome wie subfebrile Temperatur, Nachtschweiße, Schmerzen, Husten, Ausfall der Impfung usw. „Die ausgesprochene Tuberkulose ist eine chronische Infiltration." Er betont ebenfalls die besondere Bösartigkeit der akuten und subakuten Formen. Sie breiten sich rasch aus und neigen zum Zerfall, so daß große Kavernen entstehen. (Galoppierende Schwindsucht.) Es ist dabei die toxische Komponente im Krankheitsbild ausgesprochen. Auch Bacmeister erklärt die kavernöse Phthise für ein schweres Krankheitsbild. Ähnlich Domarus (Grundriß der inneren Medizin): „Charakteristisch für die fortgeschrittene Tuberkulose ist das Vorhandensein von Kavernen. Eine Dissemination der Tuberkulose erfolgt oft ohne ersichtlichen äußeren Grund und geschieht selten schubweise."

Das waren die Grundpfeiler der alten Anschauung und die praktischen Folgerungen die, die Kranken möglichst in diesem gedachten Frühstadium zu behandeln, wo erst Allgemeinsymptome auf eine kommende Erkrankung hinwiesen. Die akuten, kavernösen Phtisen aber sah man als hoffnungslose Spätstadien an, für die eine Heilstättenbehandlung aussichtslos erschien. Die Erfahrungen, die man gerade in praxi mit diesen theoretisch gedachten Tuberkuloseformen machte, führten schließlich zur Skepsis ihnen gegenüber und zur Entwicklung neuer Anschauungen. Ganz im Gegensatz zu der alten Lehre besagt die sogenannte „Neue Lehre", daß die Lungentuberkulose meist akut und außerhalb der Spitze, am häufigsten infraklavikulär beginnt. Es ist in den letzten Jahren viel für und gegen die neue Lehre angeführt worden und bis heute sind die Ansichten noch im Fluß. Vorläufer der neuen Anschauung findet man in der Literatur schon vor vielen Jahren.

So hat Fowler in einer amerikanischen Arbeit bereits 1898 die Häufigkeit des infraklavikulären Sitzes der beginnenden Lungentuberkulose betont. Bade gibt 1901 an, daß es sichere tuberkulöse Spitzenaffektionen gäbe, die keine Tuberkulose einleiten, die im Gegenteil Ausdruck für abgelaufene und abgeheilte Tuberkulosen sind. Darstellungen bestimmter gutartiger Formen der Lungenspitzentuberkulose finden sich dann bei Bard 1902 und Piery 1910. Auf diese Arbeiten hat sich später Neumann-Wien gestützt, der versuchte, die Betrachtungsweise der Franzosen mit der Rankeschen Stadienlehre in Einklang zu bringen und ein rein klinisches System der Lungentuberkulose aufzustellen, wobei er aber die Röntgenologie zu sehr außer acht ließ. Straub und Olten berichteten 1912 aus der Tübinger

Klinik über einseitige, von Hilus ausgehende Tuberkulose. Kleinschmidt 1919, Eliasberg und Neuland 1920 beschrieben bei Kindern spezifische stark rückbildungsfähige Infiltrationen, die sogenannten Epituberkulosen. 1916 brachte Gerhartz eine Mitteilung über isoliert vorhandene infraklavikuläre Tuberkulose und isolierte Unterfeldherde. Ähnliche Fälle beschrieben 1919 Ghon, der schon 1912 über die Häufigkeit nicht apikaler Primärherde auf Grund anatomischer Untersuchungen berichtet hatte. 1922 und 1924 teilt Aßmann den Befund infraklavikulärer Infiltrate und Kavernen als Beginn der Lungentuberkulose mit. Entsprechend dem Aufblühen der Röntgendiagnostik wurden diese bisher ungewöhnlich erscheinenden Tatsachen weiterverfolgt, und es kam dann fast gleichzeitig von den verschiedensten Stellen Redecker, Kleinschmidt, Ickert, Romberg, Lydtin, Braeuning Untersuchungsergebnisse heraus, die die neue Lehre begründeten. 1920 erschien aus der Budapester Klinik eine Arbeit, in der unter besonderer Berücksichtigung anamnestischer Angaben festgestellt wurde, daß schon kurze Zeit nach dem Auftreten der ersten Krankheitszeichen regelmäßig ausgedehnte anatomische Veränderungen sich durch klinische Untersuchung nachweisen ließen. Auch die weiteren Untersuchungen dieser Klinik führten dazu, wie Hollo berichtet, einen vorwiegend akuten Beginn der Tuberkulose anzunehmen. „Laut anamnestischer Erhebungen am Krankenmaterial begann die Krankheit in 70% der Fälle ohne jegliche Vorboten mit akuten oder subakuten Erscheinungen." Ähnliche Ergebnisse brachte Gergely am Material einer Militärstation im Kriege. 70% der positiven tuberkulösen Soldaten gaben an, daß sie kürzere Zeit als drei Monate krank seien. Ein Viertel aller Erkrankten waren erst zur Zeit ganz akut erkrankt. Hollo meint, daß diese Zahlen noch zu niedrig seien, denn häufig kämen die Kranken so spät zum Arzt, daß sie den Beginn nicht mehr wissen. Er sagt: „Je intelligenter die Kranken und je kürzer die Krankheitsdauer, um so häufiger werden wir den akut grippeartigen Beginn finden." Zu dem gleichen Resultat kommt Kayser-Petersen-Jena, der 10 Jahre lang die Krankengeschichten der Patienten mit offener Tuberkulose geprüft hat. Er findet nur eine verschwindend kleine Zahl, bei denen ein vorangegangener Spitzenprozeß anzunehmen ist. Eine Statistik von Glaß-Bremen besagt, daß von 128 produktiven Tuberkulosen ein Drittel früher offen war und von 33 cirrhotischen zirka die Hälfte. Seiner Meinung, sowie der des vorangegangenen Autors nach ist die chronische geschlossene Tuberkulose der Rückbildungszustand einer früher offenen Tuberkulose, also Spät- und nicht Frühdiagnose.

An der Rombergschen Klinik wurden während sechs Jahren von Lydtin sämtliche Tuberkulosefälle beobachtet.

Von 564 offenen Tuberkulosefällen waren 188 erst kurz vorher, längstens 4 Monate, erkrankt. Keiner war schon in einer Heilstätte gewesen. Bei 376 lag der Beginn länger zurück. Von 604 in der gleichen Zeit beobachteten geschlossenen Tuberkulosen wurden 450 nach 6—2 Jahren nachuntersucht. Nur bei 37% dieser 450 fand man eine aktive behandlungsbedürftige Tuberkulose, bei 63% inaktive, meist gleichgültige narbige Prozesse. 57% dieser 450 Kranken hatten bereits vor der Begutachtung eine Heilstättenkur durchgemacht. Von diesen 450 Menschen erkrankten nur 7% an fortschreitender z. T. tötlicher Tuberkulose. Eine ähnliche Statistik bringt Braeuning. Unter 248 offenen Tuberkulosen hatten nur 13,3 vorher Spitzenaffektionen gehabt und von allen Spitzentuberkulosen erkrankten nur 7% an offener Tuberkulose. Gerade die Besprechung dieser Dinge stand im Mittelpunkt des Wildbader Tuberkulosekongresses von 1928. Es fehlte dort nicht an Stimmen und auch Statistiken, die das Gegenteil der bisher angeführten Meinungen brachten. Brauer-Hamburg fand unter 600 Tuberkulosefällen 194 aktive Spitzentuberkulose und nur 14 Frühinfiltrate. Er stellt fest, daß solche perifokale Entzündungen, wie das Frühinfiltrat es darstellt, in Form exsudativer Schübe immer bekannt waren, so daß es eine „neue Lehre" gar nicht gäbe. Schröder-Schomberg führt diese jetzt anscheinend häufiger als früher auftretende perifokale Entzündung auf veränderte Immunitätslage der neuen Generation zurück. Er glaubt, daß derartige akute Entzündungen in der Umgebung sehr kleiner Herde im Röntgenbild und auch klinisch einen akuten Beginn der chronischen Phthise vortäuschen. Unter 1400 untersuchten Fällen fand er nur 34 Frühinfiltrate und dabei noch 29 fragliche.

Die pathologischen Anatomen stehen fast durchweg weiter auf dem alten Standpunkt. Schon allein die stärkere Narbenbildung an der Spitze scheint ihnen der Beweis für die Priorität dieser Herde. Bei dem voll ausgebildeten Bilde der Tuberkulose, das die pathologischen Anatomen zu Gesicht bekommen, bietet sich ihnen kein Anhaltspunkt dafür, daß der Anfang außerhalb der Spitze liegt. Sie läugnen zwar die Bedeutung des Frühinfiltrates nicht ab, sind aber der Meinung, daß es kein Frühinfiltrat ist, sondern daß Spitzenherde derselben oder der anderen Seite vorangehen. Löschke sieht die Bedeutung des Frühinfiltrates darin, daß es den Übergang einer benignen Form „Streuungstuberkulose feinen Korns" in eine malignere Form „Streuungstuberkulose groben Kornes" anzeigt. Aber auch unter den Pathologen finden sich Meinungen, die sich der „neuen Lehre" nähern. So gibt Benda in einem in der Berliner Medizinischen Gesellschaft im Mai 1929 gehaltenen Vortrag zu, daß in dem Augenblick, wo der Beweis erbracht würde, daß die

Spitzenherde eine größere Neigung zur Vernarbung besitzen und somit trotz vorgeschrittener Vernarbung später entstanden sind, ein Hauptstützpunkt für die Wahrscheinlichkeit eines apikokaudalen Verlaufs der Phthise fallen würde. Er ist auch der Überzeugung, daß die Spitzenherde nicht wie Löschke es annimmt, von vornherein produktiven Charakter haben, sondern im Gegenteil aus einem exsudativ entzündlichen Stadium hervorgehen. Er sagt: „In der von mir seit langem erstrebten Verallgemeinerung dieser Auffassung der Genese der tuberkulösen Prozesse sehe ich die wichtige Brücke zwischen der neuen klinischen Lehre und der pathologischen Anatomie." Es stimmt, wie er es selber sagt, mit dieser Lehre überein, wenn sie nicht das Wesentliche in der Lokalisation, sondern in einer Umstellung in der Auffassung des Charakters der initialen Prozesse darstellt.

Gerade von seiten Rombergs und seiner Anhänger wird auch immer betont, daß nicht die Frage wichtig ist, wo die Tuberkulose beginnt, sondern wie sie beginnt. Seiner Meinung nach ist gerade der akute grippeartige Beginn das Neuartige und Maßgebliche. Dazu fand Ritter, daß bei 70—80% seiner Patienten die Tuberkulose nicht akut, sondern chronisch über ein bis zwei Jahre hin anfing, ohne röntgenologisch nachweisbare Befunde, mit unsicherem klinischen Befund, der sich allmählich verschlechterte. Oft zogen sich Prodromalerscheinungen jahrelang hin. Freilich zeigten sich grippeartige Schübe innerhalb des chronischen Verlaufes. Demgegenüber veröffentlichte Nicol eine Statistik, wonach 50% aller Tuberkulosen akut begannen.

So stehen sich also die verschiedensten Meinungen, jede begründet durch statistische Beobachtungen, gegenüber. Wäre es nur eine theoretische Frage ohne praktische Folgerung, so wäre die Klärung nicht so dringlich. Die Folgerungen und Forderungen, die mit Anerkennung der „neuen Lehre" sich ergeben, sind aber für die Praxis schwerwiegende. Heißt es doch, die Heilung der Lungentuberkulose fällt meist mit der Heilung der ersten Attacke zusammen. Darum bei jeder Grippe möglichst frühzeitige Sputum- und Röntgenuntersuchung, auch wenn kein physikalischer Befund vorhanden ist. Ferner sofortige, sehr streng und während mehrerer Wochen konsequent durchgeführte Bettruhe und bei Kavernisierung möglichst frühzeitige Anlegung eines Pneumothorax.

Nur eine Reihe weiterer Beobachtungen unter Berücksichtigung der neuen Anschauungen scheinen diese Frage weiterbringen zu können und somit erscheint es mir berechtigt, zu den vielen Statistiken, die bereits angeführt wurden, eine neue hinzuzufügen.

In folgender Arbeit habe ich auf der Tuberkulosenabteilung des Krankenhauses der Landesversicherungsanstalt Breslau

100 offene Tuberkulosefälle untersucht und insbesondere eingehend anamnestisch erfragt. Es sind dies Fälle, die zum Heilverfahren bzw. Rentenerteilung eingereicht wurden und bei denen durch klinische Beobachtung während einer Beobachtungszeit von durchschnittlich 10—14 Tagen hier die Entscheidung über die notwendige Therapie resp. ihre wirtschaftlichen Aussichten getroffen wurde. Die Anamnese habe ich mit ganz besonderer Sorgfalt selber aufgenommen und, um Fehlerquellen zu vermeiden, die gleichen Angaben öfters erfragt, zum Teil auch von Angehörigen. Soweit es möglich war, wurde der erste ärztliche Befund festgestellt und wann die Sputumuntersuchung zum ersten Male positiv war, ferner der Tag der Arbeitseinstellung. Zur Beurteilung der Prognose wird der morphologische Blutbefund und die Blutsenkungsreaktion (nach Linzenmeyer) mitgeteilt. An Stelle des klinischen Befundes wird eine sich daraus ergebende kurze Diagnose angeführt, der die Turban-Gerhardtsche Stadieneinteilung zugrunde liegt. Zur besseren Übersicht scheint diese sonst wohl anfechtbare Einteilung ganz brauchbar. Auch die Einteilung in produktive und exsudative Tuberkulose wurde, soweit möglich, verwandt, obgleich sie neuerdings von verschiedenen Autoren abgelehnt wird.

I. Akuter Beginn (kurz vor Beobachtung).

1. Emma K., 26 J. — Beginn: Mitte Januar 1928 mit hohem Fieber im Anschluß an Halsentzündung. — 1. ärztlicher Befund: Febr. 28 li. Ober- und Unterlappenprozeß, zahlreiche frische Herde, Tb. pos., Juni 28 li. exs. prod., kav., re. kleinfleckig dissem. Aussaat. — Senkung: 27 Min. — August 28 gestorben.

2. Maria F., Putzmacherin, 21 J. — Beginn: März 28 mit Fieber bis 38,5, Husten, Rückenschmerzen, Mattigkeit, Heiserkeit. — 1. ärztlicher Befund: April 28 beginnender Kat. im li. Oberlappen, Kehlkopfkat., Juni 28 L.V.S. Tb. pos., elast. Fas. pos., Arbeitseinstellung April 28. — Verlauf: Mai 28 li. III, re. I/II, exs. prod., Kav. im Oberlappen. Rö.: li. Spitze mittelstark verschattet. Verdichtung des Ober- und Mittelfeldes. Infraklav. Kav. — Blutbild: Eryth. 4 Mill.., Leuk. 11 000, Segm. 68%, Stabk. 6%, Lymph. 22%, Jugendf. 3%, Eos. 1%, Senkung 22 Min. — Therapie: H.V. hier, Pneuanlage. Fortsetzung in Landeshut.

3. Elisabeth St., landw. Arbeit., 19 J. — Beginn: April 1928 mit Lungenbluten, hohem Fieber, im Anschluß daran 7 Wochen Krankenhaus. — Verlauf: 1. ärztl. Befund Mai 28 re.seit. Lungentb., kein Auswurf, Juni 28 Rö.: re. h. von der Spitze bis zur Basis von zahlreichen, an sich sehr zarten Flecken durchsetzt. Wenig lufthaltig. — Blut: Senkung 82 Min. — Therapie: H.V. Landeshut.

4. Fritz B., Maurer, 18 J. — Beginn: Januar 28 mit Fieber bis 39,6, Husten, Auswurf, 4 Wochen zu Bett. — Verlauf: Arb.Einst. Januar 28. 1. ärztl. Bef.: April 28 Tb. negtaiv. Hier im Juli Tb. positive Diagnose: L III re. frei. Rö. Herz nach links verzogen, li. bis zum Hilus Verdichtungszone. — Blut: Erythr. 3,9 Mill., Leuk. 5700, Segm. 65%, Stabk. 2%, Lymph. 24%, Eos. 6%, Mono. 2%, Jugendf. 1%. Senkung 50 Min. — Therapie: Pneuversuch verweigert, H.V. Buchwald.

5. Martha G., Stütze, 31 J. — Beginn: 12. Jan. 28 mit „Grippe", 11 Wochen zu Bett. Vor der Erkrankung kein Husten, nie krank gewesen. — Verlauf: Arb.Einst. Jan. 28. 1. ärztl. Bef.: Mai 28 re. Lungentb., Tb. pos. Juli 28 Rö.: li. Lunge in den oberen Partien mittelgroßfleckig, unten kleinfleckig verschattet. Im Hilusbereich Cav. Re. Lunge int. kleinfleckig verschattet, Spitze homogen getrübt, Herz nach rechts verzogen. Elast. Fas. pos. — Blut: Hg. 65%, Erythr. 4,7 Mill., Leuk. 13,400, Segm. 79%, Stabk. 3%, Jugendf. 2%, Lymph. 15%, Baso. 1%, Senkung 34 Min.

6. Emma G., landw. Arb., 17 J. — Beginn: Dez. 26 mit „Grippe", vorher ganz gesund, 4 Wochen zu Bett, seitdem Husten, Auswurf, Mattigkeit, Nachtschweiße. — Verlauf: Arb.Einst. Dez. 26. Febr./März 27 wieder gearbeitet. Erster ärztl. Bef.: März 27 progrediente Lungentb. beider Spitzen mit starker Ausdehnung im li. Oberlappen. April 27 hier, L III R I/II Tb. pos., elast. Fas. neg., gemischt-cavernös. Rö.: beide Spitzen hellen sich beim Husten gar nicht auf, li. die oberen ⅔, rechtes oberes Drittel streifig, großfleckig verschattet. Li. infraklavikulär talergroße Cav. Auf dem Film erscheint die re. Lunge fast in ganzer Ausdehnung, aber geringer als die li. marmoriert. Im li. Oberfeld drei Cav. Mai 27 Pneuanlage li., Juni bis Nov. 27 in Landeshut. Mai 28 wieder Verschlimmerung, erneutes H.V. hier, mit Doppelpneu, Empyem li. Verlegt nach Herrnprotsch. Plastik. — Blutbild: April 27 Erythr. 4 Mill., Leuk. 15 200, Segm. 55%, Stabk. 10%, Jugendf. 5%, Lymph. 24%, Mono. 1%, Eos. 3%, Bas. 1%, Überg. 1%, Senkung 23 Min.

7. Elfriede L., Haustochter, 19 J. — Beginn: Febr. 26 „Grippe", vorher ganz gesund, nachher Husten, Auswurf, Gewichtsabnahme. — Verlauf: Arb.Einst., keine Lohnarbeiten verrichtet, bis Juni zu Hause gearbeitet, seit Landeshut auch wieder gearbeitet. Erster ärztl. Bef.: Juli 26 offene Tb., vorwiegend links. Dez. 26 bis Mai 27 in Landeshut. Re. I li. III cavernös. Pleurit. Verwachsung mit Verziehung von Trachea, Herz und Gefäßband nach li. Kehlkopf Tb. — Therapie: Kehlkopf gebrannt, Röntgenbestrahlung, Phrenikus li.

8. Gustav M., Bäcker, 26 J. Ein Bruder 1918 an Tb. gest. — Beginn: Febr. 27 mit „Grippe", zwei Monate zu Bett. Im März Lungenbluten, Husten, Auswurf, Mattigkeit. — Verlauf: Arb.Einst. Febr. 27. Im Frühjahr 28 14 Tage zu arbeiten versucht. August 27 hier, pos. Oktober 27 bis Febr. 28 in Buchwald, Nov. Pneuanlage. Ständige Nachfüllung.

9. Gertrud H., Verkäuferin, 16 J. Geschwister des Vaters an Tb. gest. — Beginn: Mai 27 mit Lungenbluten und Fieber. — Verlauf: Arb.-Einst. Mai 27. Erster ärztl. Bef.: Aug. 27 Tb. neg. Nov. Pneuanlage Landeshut. Ständige Nachfüllung.

10. Karl O., Gärtner, 28 J. — Beginn: Mai 26 mit „Grippe", seitdem immer etwas Auswurf. Sept. 26 Heiserkeit, Okt. 26 Lungenbluten. — Verlauf: Arb.Einst. Okt. 26 bis Juni 27. Erster ärztl. Bef. Dez. 26 Tb. pos. Von Febr. bis Juni 27 in Buchwald. Dez. 26 Pneuanlage im Brüderkrankenhaus, ständige Nachfüllung bis Juli 28.

11. Fritz D., landw. Arb., 25 J. — Beginn: Mai 27 mit Lungen- und Brustfellentzündung. 6 Monate im Brüderkloster. — Verlauf: Arb.Einst. Juni 27 bis Juni 28. Erster ärztl. Bef.: Sept. 27 offene Lungentb., Febr. bis Juli 28 Buchwald Pneuanlage re., Mai 28 Phrenikus. Ständige Pneunachfüllung. — Blut: Senkung Jan. 28 253 Min., August 28 7¼ Stunde.

12. Emma K., Heimarbeiterin, 39 J. — Beginn: Nov. 24 mit Fieber und Lungenbluten, Weihnachten 25 „Grippe". — Verlauf: Arb.Einst. Nov. 24. Erster ärztl. Bef.: Dez. 24 offene linksseitige Tb. März bis Juli 25 Landeshut. Sept. 26 bis Jan. 27 hier, Nov. 26 Pneuanlage. Mai 27 Tb. negativ, ständige Pneunachfüllung, bis Juli 28. Rö.: Weiche Einlagerung im li. Oberlappen, Verschleierung der li. Spitze. Blut: Senkung 135 Min.

13. Elisabeth S., Hausgehilfin, 23 J. Ein Bruder seit Jahren Knochentb. — Beginn: Mitte Mai 28 mit „Grippe", hohem Fieber. 6. Juni 28 Blut-

husten. 6 Wochen im Krankenhaus. Verlauf: Arb.Einst. 6. Juni 28. Erster ärztl. Bef.: linksseitige offene Lungentb. Rö.: li. Zwerchfell wenig beweglich, beide Spitzen hellen wenig auf, li. vom Hilus abwärts nach unten zunehmende Verschattung. Kehlkopftb. — Blutbild: Erythr. 4,7 Mill., Leuko. 13 400, Segm. 62%, Stabk. 2%, Jugendf. 2%, Lymph. 28%, Eos. 2%, Baso 3%, Überg. 1%. — Therapie: H.V. hier, Pneuanlage, Fortsetzung des H.V. in Landeshut.

14. Gertrud G., Lehrmädchen, 18 J. Mutter 1924 an Tb. gest. — Beginn: Juli 28 starke „Erkältung" mit Fieber und Husten, vorher angeblich gesund. — Verlauf: Arb.Einst 1. Aug. 28. Erster ärztl. Bef.: Juli 28 Tb. pos., re. III. li. III plus Cav. Kehlkopftb. Rö.: li. Lunge von Spitze bis Basis verschattet, li. infraklavikulär Cav. verdächtige Stellen, re. infraklavikulär Verschattungen + sichere Cav. — Blut: Erythr. 4,7 Mill., Leuk. 9 600, Segm. 75%, Stabk. 8%, Jugendf. 2%, Lymph. 14%, Baso. 1%, Senkung 31 Min. — Therapie: H.V. aussichtslos. Krankenhausbeh.

15. Carl R., Steinarbeiter, 55 J. — Beginn: März 28 mit Lungenentzündung. — Verlauf: Arb.Einst. März 28. Erster ärztl. Bef.: Aug. 28 Folgeerscheinungen von Lungenentzündung und Schwartenbildung. Sept. 28 li. III prod. + cav., Tb. pos., elast. Fasern pos. Rö.: li. Lunge einschl. Spitze bis unter Hilus von dichten kleinfleckigen Herden durchsetzt, infraklavikulär unscharfe Aufhellung. Unterlappen frei, doch schlechte Zwerchfellverschieblichkeit. — Blut: Senkung 49 Min. — Therapie: H.V. zwecklos, Rente.

16. Selma W., Spinnerin, 22 J., staubige Arbeit. — Beginn: Weihnachten 27 fieberhafter Lungenkatarrh, seitdem Husten, August 28 Verschlimmerung.

17. Friedrich A., — Beginn: Jan. 28 mit „Grippe" und Pleuritis links. — Verlauf: Arb.Einst. 12. Juni 28. Juli 28 Tb. pos., li. III produktiv indur. Rö.: li. Lunge von Spitze bis Handbreit über Basis dichtkleinfleckig und streifig verschattet. Re. breiter Hilus, im Oberfeld Streifen und Kalkflecken. — Blutbild: 155 Min. — Therapie: H.V. Buchwald. Jan. 29 abgebrochen, Verschlechterung.

18. Ida O., Arbeiterin, 21 J. Vater 1921 an Tb. gest. — Beginn: Okt. 28 mit Grippe, Husten, Temperaturen bis 37,8. — Verlauf: Arb.-Einst. Okt. 28. Nov. 28 Tb. pos. Li. III. Re. geringe Streuung. Rö.: li. hinten bis Basis kleinfleckige konstr. Verschattung, im Oberfeld cav. verdächtige Stelle. Re. Lunge bis in die Peripherie zarte, aber dichte streifig-fleckige Zeichnung. — Blut: Senkung 98 Min. — Therapie: H.V. Landeshut.

19. Frieda Sch., Stubenmädchen, 24 J. — Beginn: Nov. 26 mit Lungenentzündung. Bis dahin gesund, kein Husten, 3 Wochen zu Bett, seitdem ständig Husten, große Mattigkeit. Febr. 28 wieder Lungenentzündung, seitdem immer schwächer. — Verlauf: Arb.Einst. Mai 28. Erster ärztl. Bef.: Mai 28 zum Pneu vorgeschlagen. Juni 28 li. III prod. indur. + Cav. Tb. pos. Rö.: li. Lunge von der Clav. bis oberhalb des Zwfl. von zahlreichen konfluierenden Verdichtungen durchsetzt. Radiäre Streifung im re. Hilus. — Blut: Erythr. 4½ Mill., Leuk. 14 200, Segm. 72%, Stabk. 5%, Jugendf. 2%, Lymph. 19%, Mono. 2%, Senkung 32 Min. — Therapie: H.V. hier, Pneuanlage, Fortsetzung in Landeshut.

20. Helene A., landw. Arbeiterin, 16 J. Großmutter vor Geburt der A. an Tb. gest. Im Hause lungenkranke Frau, angeblich Tb. negativ. — Beginn: Jan. 27 mit „Grippe", Fieber und Husten, lange bettlägerig, danach ständig Husten. Februar wieder Grippe. — Verlauf: Hat nur gelegentlich gearbeitet. Erster ärztl. Bef.: Mai 27 pos. Mai bis September Landeshut. Juni 28 Verschlimmerung. Li. III cxs. prod. cav. re. IIII prod. — Blut: Senkung 57 Min. — Therapie: Krankenhausbehandlung nötig.

21. Richard J., Tischler, 26 J., staubreiche Arbeit. — Beginn: Weihnachten 27 mit Fieber bis 38,5, Husten, Mattigkeit. Febr./April erneut hohes Fieber. Starke Gewichtsabnahme. — Verlauf: Arb.Einst. April 28. Erster ärztl. Bef.: Mai 28 neg. Juni 28 aktive chronische Tb. beiderseits prod. indur.

Rö.: li. und re. Lunge in den oberen ⅔ stark verdichtet, re. infraklavikuläre Cav. — Blut: Erythr. 5 Mill., Leuk. 13 000, Segm. 69%, Stabk. 3%, Lymph. 22%, Eos. 2%, Mono. 3%, Jugendf. 1%, Senkung 38 Min. — Therapie: H.V. Buchwald.

22. Walter P., Tischler, 22 J. — Beginn: Okt. 27 „Grippe". Seitdem Husten und Magenbeschwerden. Seit 23 jedes Jahr Grippe. — Verlauf: Arb.Einst. Ende Mai 28. Juli 28 Tb. pos. Rö.: re. Zwf.kuppe adhaerent, re. hinten von der Spitze bis zur Basis intensiv großfleckig verschattet. Lateral oben pfenniggroße, im Hilusbereich nach hinten gelegene markstückgroße Cav., in der li. Spitze einzelne kleinfleckige Herdschatten, vom li. Hilus Streifenbildung nach aufwärts. — Therapie: H.V. hier und Buchwald, ohne Erfolg.

23. Anna K., Hausgehilfin, 24 J. Eine Schwester 1923 an Grippe gest. — Beginn: Mai 28 mit „Grippe", Fieber, Husten, Heiserkeit. Bereits 27 mehrere Wochen Grippe. — Verlauf: Arb.Einst. Mai 28. Erster ärztl. Bef.: Mai 28, Tb. pos. Kehlkopftb. und Katarrh im re. Unterlappen. Juli 28 elast. Fasern neg. Rö.: re. Zwerchfell weniger beweglich als li. Re. Spitze etwas trüber als die linke. Re. vom Hilus abwärts diffuse Verschattung. Vom Hilus nach der Thoraxwand ziehendes Schattenband mit walnußgroßer Aufhellung und anscheinend Exsudatspiegel. Starke Adipositas Pirquet. ++++. — Blut Hgb. 77%, Erythr. 4,3 Mill., Leuk. 10 800, Segm. 59%, Stabk. 5%, Jugendf. 3%, Lymph. 33%, Senkung 55 Min.

24. Gertrud K., Strohhutnäherin, 34 J. Zwei Schwestern 1917 und 1922 an Tb. gestorben. — Beginn: Dez. 24 Grippe. April 25 in Schmiedeberg, Hilustb. Weihnachten 26 wieder Grippe. — Verlauf: Febr. 27 Pneuanlage hier, Tb. pos., elastische Fasern pos. Re. III li. I/II. Rö.: li. hinten in Hilushöhe und etwas darunter Marmorierung. Die re. Spitze sowie der mediale Teil der re. Infraklavikulargegend vollkommen verdichtet, daselbst cav.-verdächtige Stellen. Arb.Einst. wegen Arbeitsmangel Mai 26. Arbeitet seit Juli 28 wieder. — Blut: Erythr. 4,2 Mill., Leuk. 13 400, Segm. 65%, Jugendf. 4%, Lymph. 16%, Mono. 2%, Eos 1%, Baso 1%, Senkung 37 Min., August 28 73 Min. Allgemeinbefinden sehr gut.

II. Akuter Beginn (länger zurückliegend).

25. Joef St., Glasschleifer. Beginn: 1922 Pleuritis, seit 22 häufig Husten. Febr. 28 Verschlimmerung nach Magenoperation wegen Magensenkung. — Verlauf: Arb.Einst. 30. Jan. 28 wegen Magenbeschwerden. 6 Juni 28 Tb. pos., re. III, li. III, prod. cav. + Pneumokoniose. — Blutbild: Erythr. 4,8 Mill., Leuk. 13 800, Segm. 59%, Stabk. 4%, Jugendf. 1%, Lymph. 33%, Mono. 1%, Eos. 1%, Baso. 1%, Senkung 30 Min. — Therapie: H.V. aussichtslos, Rente.

26. Alfons M. — Beginn: 1922 Grippe mit Fieber, Husten, seitdem Asthma-Anfälle, seit Sommer 27 zwei Wochen Fieber. — Verlauf: Arb.Einst. Juni 27, Tb. pos. Beide Spitzen und li. infraklavikulär Verschattung. Li. III, re. I. — Therapie: H.V. Buchwald.

27. Paul U., Fabrikarbeiter, 29 J. — Beginn: März 25 mit fieberhafter Grippe, Husten, Auswurf. Herbst 27 Atemnot, Febr. 28 wieder Grippe, Verschlimmerung. — Verlauf: Arb.Einst. 19. Febr. 28. Erster ärztl. Bef.: Febr. 28 pos., Juni 28 li. I/II, re. III prod. exs. cavernös. — Therapie: H.V. hier, starke Exsudatbildung. Wochenlang bettlägerig.

28. Martha D., Arbeiterin, 20 J. Ein Bruder 1914 an Tb. gestorben. Eltern asthmaleidend. — Beginn: Sommer 27 mit „Gelenkrheumatismus", einige Wochen mit Fieber zu Bett, seit damals Husten, Auswurf und Rückenschmerzen. Febr. 28 Verschlimmerung. — Verlauf: Arb.Einst. März 28. Erster ärztlicher Bef.: April 28 pos., Juni re. infraklavikuläres Frühinfiltrat, li. Aspiration in Heilung begriffen. — Blut: Senkung 37 Min. — Therapie: H.V. Landeshut.

sehl. 29. Johann K., Glasschleifer, 46 J. Zwei Brüder 1911 und 16 an Tb. gestorben. — Beginn: Okt. 14 fieberhafter Lungenkatarrh. April 17 und Nov. 18 Wiedererholung. Seit 19 Bluthusten. Seit 21 jedes Jahr fieberhafter Schub, seit Herbst 27 Anfälle von Atemnot. — Verlauf: Arb.Einst. Jan. 28. Erster ärztl. Bef.: April 28 pos. Juli 28 re. III cirrh., li. prod. cirrh. Pneumoconiose, latente Lues. — Blutbild: Erythr. 4,9 Mill., Leuk. 7200, Segm. 66%, Stabk. 4%, Lymph. 29%, Baso. 1%, Wa. po., Senkung 20 Min. — Therapie: H.V. Buchwald.

30. Alfons W., Schlosser, 25 J. — Beginn: 23 Grippe. 24 Schwäche. Sept. bis Dez. 24 in Buchwald, seitdem gutes Allgemeinbefinden, kein Husten, kein Auswurf. Neuerkrankt Nov. 27 mit Gewichtsabnahme und Heiserkeit. — Verlauff: Arb.Einst. Nov. 27. Erster ärztl. Bef.: Juni 27 kein Auswurf, Tuberkulose des re. Oberlappens, Aug. 24 Tb. pos., elast. Fasern neg., re. II/III, li. I, Juli 27. Rö.: rechtes Zwerchfell schlecht beweglich, ganze re. Lunge trüber als links, Spitze intensiv homogen verschattet. In Hilushöhe mittelgroßfleckiger Herdschatten, dort pfenniggroße Caverne. Kehlkopf Tb. — Blut: Erythr. 4,8 Mill., Leuk. 7200, Segm. 70%, Stabk. 4%, Jugendf. 3%, Lymph. 21%, Eos. 2%, Senkung 234 Min. — Therapie: H.V. Buchwald.

31. Helene W., Ehefrau, 33 J. Ein Schwager vor 4 Jahren an Tb. gestorben. — Beginn: Seit zirka 6 Jahren jährlich zweimal Grippe mit hohem Fieber, außerhalb der Grippe Husten und Auswurf. Mai 28 starke Verschlimmerung. 3 Wochen zu Bett. — Verlauf: Erster ärztl. Bef.: Mai 28 exsud. Tb. des re. Oberlappens, Tb. pos., Juli 28 elast. Fasern pos., re. III prod. cav., li. I. Rö.: re. hinten von der Spitze bis Hilushöhe großfleckig, in den unteren Partien fleckig, streifig verschattet. Re. infraklavikulär markstückgroße Cav., li. infraklavikulär unscharf isol. Herdschatten. — Blut: Erythr. 4,8 Mill., Leuk. 13200, Segm. 68%, Stabk. 4%, Jugendf. 3%, Lymph. 22%, Mono. 1%, Eos. 2%, Senkung 35 Min. — Therapie: H.V. Landeshut (Pneu).

32. Anna L., landw. Arbeiterin, 42 J. — Beginn: 1925 mit Grippe, seit damals Husten und Auswurf. Herbst 27 Verschlimmerung, Gewichtsabnahme, Nachtschweiß. — Verlauf: Keine Arbeitseinstellung. Erster ärztl. Bef.: Juni 28 Lungenkat. Kehlkopftb. pos., Juli 28 elast. Fasern neg. L III vorwiegend prod. Rö.: li. Zwfll. R.W. nicht völlig entfaltend. Beide Spitzen getrübt, li. stärker als rechts. Im li. Oberfeld streifig-fleckige Verschattung. In der li. Spitze kleiner Herdschatten, ebenso im Mittelfeld. — Blutbild: Erythr. 4,7 Mill., Leuk. 6800, Segm. 59%, Stabk. 5%, Jugendf. 5%, Lymph. 27%, Mono. 2%, Eos. 1%, Senkung 38 Min. Allgemeinbefinden sehr gut. — Therapie: H.V. Landeshut.

33. Lucie J., landw. Arbeiterin, 30 J. — Beginn: 1924 Pleuritis und Lungenkatarrh. Dann Besserung. Okt.27 bis Jan. 28 im Krankenhaus mit Fieber und Husten. Januar bis April 28 H.V. wegen Lungenleiden. Seit April 13 Pfund abgenommen. — Verlauf: Okt. 1927 Arb.Einst. Erster ärztl. Bef.: Mai 28 spec. Lungenkat. Juli 28 Tb. pos., elast. Fas. neg., Re. III, li. I. Rö.: beiderseits geringe Zwfll.-Beweglichkeit, an der rechten Zwfll.-Kuppe Zeltbildung. Im li. Oberfeld und Spitze zarte streifig fleckige Verschattung. Li. Spitze hellt auf. Re. Lunge bis ¾ oben großfleckig, unten mehr kleinfleckig, streifig verschattet. Re. hinter Clav. und infraclav. unscharfe Aufhellung. — Blut: Erythr. 4,5 Mill., Leuk. 7000, Jugendf. 3%, Stabk. 4%, Segm. 66%, Lymph. 20%, Mono. 1%, Eos. 6%, Senkung 40 Min. — Therapie: H.V. aussichtslos, Krankenhausbehandlung.

34. Emma G., Handarbeitslehrerin, 32 J. Mutter 24 an Bauchfellentzündung gest. — Beginn: Jan. 23 Grippe, von da ab Husten und Auswurf. Dez. 23 wieder Grippe. Ein Vierteljahr bettlägerig, dann Besserung, Febr. 28 wieder akuter Schub mit Temperatur bis 38,6, ab Juni fast ständig bettlägerig. — Verlauf: Arb.Einst. Juni 28. April 23 hier zur Beobachtung, inaktive Lungentb. der re. Spitze. Juli 24 wieder Beobachtung. Chron. Tb. besonders des re. Oberlappens (Fibrose), Febr. 27 Katarrh im

re. Oberlappen, anscheinend mit wenig Neigung zum Fortschreiten. Juni 28 Tb. pos.. Auf dem linken Unterlapen fortgeschrittene Tb. Re. III prod. exs. Rö.: li. Zwfll. R.W. nicht völlig entfaltend. Beiderseits geringe Zwerchfellbeweglichkeit. Re. hinten von der Spitze bis Hilusbereich mittelgroßfleckig unscharf verschattet. Unterfeld weniger intensiv kleinfleckig verschattet. Li. Lunge sehr transparent mit Hilusstreifenbildung nach aufwärts. — Blut: Senkung 23 Min. — Therapie: Juli 28 Pneu abgelehnt mit Invalidenpflege. Später nochmals H.V. hier, mit Pneuanlage re. Ohne Erfolg im Januar 29 abgebrochen.

35. Erich J., Elektromonteur, 25 J. Vater 1904 an Tb. gestorben, ein Bruder Knochentb. — Beginn: 1923 Lungenentzündung, seitdem Husten, zuweilen arbeitsunfähig. Seit Nov. 26 mehr Husten, Auswurf, Mattigkeit, Nachtschweiß. — Verlauf: Arb.Einst. Mai 27. Erster ärztl. Bef.: Sept. 27 pos., Cav.bildung im rechten Oberlappen. März 28 Pneuanlage in Buchwald. Ständige ambulante Pneunachfüllung. Guter Erfolg.

36. Karl K., Fabrikarbeiter, 53 J., 17 Jahre staubreiche Arbeit, Töpfer. Eine Tochter 1922, ein Sohn 27 an Tb. gest. — Beginn: Vor 5 Jahren Grippe und Pleuritis, seit 23 jedes Jahr Grippe, Weihnachten 27 erkrankt mit Husten, Nachtschweiß, Mattigkeit, Ostern Verschlimmerung. — Verlauf: Arb.Einst. im April, 6 Wochen ausgesetzt, sonst gearbeitet. Erster ärztl. Bef.: Juli 28 Tb. pos. August 28 Rö.: beiderseits mäßige Zwfll. beweglichkeit. Von der Herzspitze Stränge nach dem Zwerchfell ziehend. Beide Spitzen dicht verschattet. Li. Lunge besonders lat. im Oberfeld, dicht fleckig verschattet. Li. infraklavikulär pflaumengroße unscharfe Aufhellung. Re. Oberfeld streifig verschattet. — Blut: Erythr. 4,7 Mill., Leuk. 7 200, Segm. 65%, Stabk. 2%, Jugendf. 2%, Lymph. 25%, Mono. 1%, Eos. 5%, Senkung 44 Min. — Therapie: H.V. für Arbeitsfähigkeit zwecklos. Rente.

37. Anton P., Schneider, 28 J. — Beginn: Sept. 18 mit Rippenfellentzündung links, 20 Grippe, 23 und 24 Rippenfellentzündung, von da ab Husten. Juni bis September 25 in Buchwald. Dann Besserung, Ostern 28 Rippenfellentzündung rechts. Herzbeschwerden. — Verlauf: Arb.Einst. Nach dem H.V. von 25 bis 28 gearbeitet. Erneute Arb.Einst. April 28. Erster ärztl. Bef.: April 25. Offene Lungentb., prod. indur. cav. neg. Iuli 28. Rö.: li. Spitze dicht verschattet, li. Zwfll.hochstand (Phrenicotomie), Herz nach li. verzogen. Im li. Oberfeld scharf abgegrenzte sehr helle Zone, re. Lunge scharf streifig, fleckig verschattet. — Blut: Erythr. 4,5 Mill., Leuk. 19 200, Segm. 71%, Stabk. 9%, Lymph. 13%, Eos. 1%, Baso 1%, Senkung 29 Min. — Therapie: Invalidenhaus-Pflege.

38. Hedwig L., Wirtschafterin, 33 J. — Beginn: 1913 doppelseitiger Lungenkatarrh, seitdem öfters Grippe, Husten, Fieber, letzte Grippe 1926. Beginn der jetzigen Erkrankung Juni 28, seit Oktober 28 im Krankenhaus. — Verlauf: Arb.Einst. Okt. 28. Erster ärztl. Bef.: Okt. 28 pos., Pneuanlage. Dez. 28 hier Tb. neg. Rö.: über der li. Spitze medial. Luftklappe, die sich nach dem Mediast. hin nach unten erstreckt. Oberhalb des Zwfll. geringe Aufhellung. Re. Lunge o. B. — Blut: Leuk. 8 200, Segm. 77%, Stabk. 4%, Jugendf. 2%, Lymph. 15%, Eos. 2%, Senkung 155 Min. — Therapie: H.V. hier, mit Pneufortsetzung.

39. Bertha B., Arbeiterin, 23 J. — Beginn: Mai 27 mit Lungen- und Rippenfellentzündung. November 27 Husten, Müdigkeit. — Verlauf: Arb.Einst. Nov. 27. Erster ärztl. Bef.: Okt. 28 doppelseitiger Lungenkatarrh, kein Sputum. Dez. Tb. pos. Pneuanlage. Rö.: beiderseits schlechte Zwfll.beweglichkeit rechts oben seitlich deutliche Luftblase. In Hilushöhe seitlich Exs. Spiegel. Li. Spitze sehr hell, li. Lunge von Clavikula abwärts dicht kleinfleckig verschattet. — Blut: Leuk. 13 000, Segm. 79%, Stabk. 2%, Iugendf. 1%, Lymph. 17%, Baso. 1%, Senkung 30 Min. — Therapie: Pneu schlechter Erfolg. Rente.

39. Johanna K., Hausgehilfin, 22 J. — Beginn: Oktober 27 Grippe, danach Husten, Auswurf, Bruststechen. Mai bis Juli 28 Krankenhaus wegen

zunehmender Beschwerden. — Verlauf: Arb.Einst. Mai 28. März 28 H.V. beantragt, in Berlin wegen schlechter Prognose abgelehnt. Nov. 28 L. III, R. III. — Therapie: H.V. fraglich, Rente.

III. Subakuter Beginn.

41. Felix W., 19 J. — Beginn: Jan. 27 mit Husten, Febr. Grippe, Dez. 27 wieder Fieber, Husten, Auswurf. Seit Januar 28 heiser. — Verlauf: Arb.Einst. Dez. 27. Erster ärztl. Bef.: Dez. 27 Tb. pos. Juni 28 re. Oberlappen vorw. cirrh. pro. cav., Aspiration li. Mittelfeld, exs. — Blut: Erythr. 4,9 Mill., Leuk. 16 400, Segment 66%, Stabk. 5%, Jugendf. 1%, Lymph. 24%, Mono. 1%, Eos. 3%, Senkung 32 Min. — Therapie: H.V. Buchwald.

42. Emma H., Zigarettenarbeiterin, 19 J. — Beginn: Mai 1928 mit Grippe, hohem Fieber, Husten und Auswurf, vorher schon einige Monate Husten. Aug. 28 Krankenhaus. — Verlauf: Arb.Einst. Mai 28. Sept. 28 Tb. pos., Dez. 28 Rö. Beide Spitzen mäßig getrübt, hellen wenig auf. Beide Oberfelder zart, kleinfleckig verschattet. Li. vom Hilus schräg nach aufwärts ziehende scharfe Schattenlinie. Halsdrüsentb. — Blut: Erythr. 4,6 Mill., Leuk. 14 600, Segm. 79%, Stabk. 4%, Jugendf. 3%, Lymph. 13%, Mono. 1%, Senkung 25 Min. — Therapie: H.V. hier mit Erfolg, Fortsetzung in Landeshut.

43. Ida B., landw. Arbeiterin, 14 J. Mutter 1926 an Tb. gestorben. — Beginn: April 28 mit „Grippe", drei Wochen Fieber, bereits Weihnachten vorher Stechen in der linken Seite. — Verlauf: Mai 28 pos., Juni elast. Fasern pos., re. prod. indur., li. prod. kavernös. Rö.: li. von der Spitze bis in den Hilusbereich kleinfleckige dichte Verschattung, re. Spitze und Infraklavikulargegend dicht kleinfleckig verschattet. Lateral gelegene kavernenverdächtige Stelle. — Blutbild: Erythr. 4,5 Mill., Leuk. 10 400, Segm. 60%, Stabk. 3%, Jugendf. 3%, Lymph. 28%, Eos. 6%, Senkung 29 Min. — Therapie: H.V. Landeshut.

44. Emma H., Zigarettenarbeiterin, 19 J. — Beginn: Mai 28 „Grippe" mit Fieber, Husten und Auswurf. Vorher schon einige Monate Husten. — Verlauf: Arb.Einst. Mai 28. Erster ärztlicher Befund: Verdichtung der li. Lunge, Tb. fraglich. Allgemeine Schwächlichkeit. Hier Sept. 28 Tb. positiv. Beiderseits III, vorwiegend prod. indur., Halsdrüsen Tb. Rö.: beide Spitzen mäßig getrübt, hellen wenig auf, beide Oberfelder zart kleinfleckig verschattet. — Blutbild: Leuk. 14 600, Segm. 79%, Stabk. 4%, Jugendf. 3%, Lymph. 13%, Mono. 1%, Senkung 25 Min. — Therapie: H.V. hier mit Erfolg, Fortsetzung Jan. 29 in Landeshut.

IV. Chronischer Beginn.

45. Gregor D., 22 J. — Beginn: Jan. 28 allmählich mit Husten, Auswurf. — Verlauf: Arb.Einst. April 28. Erster ärztlicher Befund: April, li. kavernöse Oberlappentb. Juni 28 li. III, Ober- und Mittelfeld kleinfleckig verschattet, Spitzenkaverne. Re. I/II Spitzen trüb, zarte Streifung der ganzen Lunge. — Therapie: Phrenikotomie. H.V. Buchwald, dort abgebrochen.

46. Martha R., 15 J. Vater an Tb. gestorben, Mutter lungenkrank. — Beginn: Vor reichlich einem Jahr, seit einem halben Jahr schwächer, seit Febr. 28 Fieber. — Verlauf: März 28 im Krankenhaus pos., Juni 28 li. Verschwartung. Vorwiegend prod., Freibleiben des oberen Oberfeldes und der Spitze. Juli Temperaturen bis 39,2. — Blut: Erythr. 4,2 Mill., Leuk, 12 300, Segm. 69%, Stabk. 10%, Mono. 1%, Lymph. 20%, Senkung 15 Min. — Therapie: Pneu. abgelehnt, H.V. Landeshut.

47. Elfriede F., Waldarbeiterin, 20 J. — Beginn: Herbst 27 mit Husten, Auswurf, Abmagerung. — Verlauf: Arb.Einst. Juni 28. Erster ärztlicher Befund: April 28 neg., hier Juli 28 R III, L I prod. ex., Tb. neg. — Blut: Erythr. 3,4 Mill., Leuk. 12 000, P.Segm. 68%, Lymph. 28%,

Überg. 2%, Mono. 1%, Senkung 69 Min. — Therapie: H.V. Schmiedeberg.

48. Fritz H., Schmied, 29 J. — Beginn: Winter 27 mit Husten, Febr. 28 Hämoptoe. — Verlauf: Arb.Einst. Febr. 28. Erster ärztlicher Befund: April 28 doppelseit. Lungenkat., Tb. neg., hier Juni pos. elast. Fasern neg., re. III prod. cav., li. II/III prod. — Blut: Leuk. 13 400, Segm. 73%, Lymph. 24%, Eos. 2%, Mono. 1%, Senkung 57 Min. — Therapie: H.V. Buchwald.

49. Maria K., Witwe, 42 J. Mutter und eine Schwester an Tb. gestorben. — Beginn: Jan. 26 mit Mattigkeit, Husten, Rückenschmerzen. — Verlauf: Arb.Einst. Febr. 27. Erster ärztl. Befund: März 28, Tb. neg., stationäre li. Lungentb., Juni hier pos. elast. Fasern pos. Li. III prod. ex. kleinkavern., re. II. Rö.: li. Spitze getrübt, infraklav. unter Hilus int. großfleckige Verschattung. Da und in der re. Spitze mehrere kavernverdächtige Stellen. — Blutbild: Leuk. 17 000, Segm. 59%, Stabk. 5%, Jugendf. 2%, Eos. 2%, Lymph. 30%, Senkung 36 Min. — Therapie: H.V. aussichtslos, Krankenhausbehandlung.

50. Alfred T., Gärtner, 22 J. Mutter 1913 an Rippenfell gestorben. — Beginn: Sept. 27 mit Husten, Auswurf, Mattigkeit, Nachtschweiß. — Verlauf: Arb.Einst. Jan. 28, von März bis Juni 28 im Krankenhaus wegen Rippenfellentzündung, Juni 28 beiderseits III, vorwiegend prod., li. Kav. — Blut: Senkung 43 Min. — Therapie: H.V. Buchwald.

51. Ferdinand L., 35 J. — Beginn: 1925 mit Husten und Auswurf. — Verlauf: Arb.Einst. Okt. 27. Erster ärztlicher Befund: August 26. Nervenschwäche, Subakzidität, 26 während Kur in Hohenwiese wegen Nervenschwäche offene Tb. festgestellt. Elast. Fas. pos., Tb. stark pos. hier, Juni 28 re. prod. cav., li. Aspirationen im Mittelfeld. — Blut: Erythr. 3,8 Mill., Leuk. 13 200, Segm. 52%, Stabk. 7%, Lymph. 29%, Eos. 4%, Jugendf. 4%, Baso. 2%, Senkung 74 Min. — Therapie: H.V. abgelehnt, Rente.

52. Anton M., Zimmerpolier, 54 J. — Beginn: März 27 mit Atemnot, Husten, Auswurf, Magenbeschwerden. Jan. 28 „Grippe". — Verlauf: Arb.Einst. Dez. 27, Juli/August schon ausgesetzt. Erster ärztlicher Befund: Mai 28. Tb. li. neg., Juni 28 hier pos., elast. Fas. pos., beiderseits III. Rö.: obere Zweidrittel beider Lungen hochgradig verschattet, in beiden Oberfeldern zahlreiche kav. verdächtige Stellen. Zwerchfell beiderseits fast unbeweglich. — Blutbild: Senkung 30 Min. — Therapie: H.V. aussichtslos, Rente.

53. Ortrud L., 14 J. Vater an Lungentzündung, Mutter an Unterernährung gestorben. — Beginn: Kurz nach einem Scharlach 1927 mit Mattigkeit und Fieber im ganzen Jahr zeitweise Husten und Auswurf. — Verlauf: Juni 28 hier, Tb. pos., elast. Fas. pos., beiderseits III vorwiegend exs. — Blut: Hgb. 60%, Erythr. 4 Mill., Leuk. 16 000, Segm. 73%, Stabk. 3%, Jugendf. 3%, Lymph. 16%, Mono. 2%, Senkung 33 Min. — Therapie: H.V. Landeshut.

54. Ida S., Hausgehilfin, 26 J. — Beginn: Dez. 27 mit Husten, April 28 Atemnot. — Verlauf: Arb.Einst. April 28. Erster ärztlicher Befund: Mai 28. Sputum nicht untersucht. Juni hier pos., elast. Fas. pos. Rö.: Oberen ¾ re. und ⅔ li. hochgradig großfleckig verschattet. Kav. verdächtige Stellen in der re. Spitze und unter der li. Clav. — Blut: Erythr. 4,3 Mill., Leuk. 10 000, Segm. 63%, Lymph. 26%, Stabk. 4%, Eos. 2%, Baso. 2%, Senkung 23 Min. — Therapie: H.V. aussichtslos. Krankenhausbehandlung.

55. Gustav R., Arbeiter, 28 J. — Beginn: vor einem halben Jahr mit Brustschmerzen, bereits im Sommer 27 Husten und Auswurf. — Verlauf: Arb.Einst. Mai 28. Erster ärztl. Befund: Mai 28 pos., Jul. 28 li. III prod. ex., klein kav., re. Streuung. — Blut: Senkung 55 Min. — Therapie: H.V. Buchwald mit Pneuanlage, Nachfüllung hier.

56. Martha W., Witwe, 33 J. — Beginn: Juni 26 mit „Grippe", seit Herbst 26 Husten und Auswurf. — Verlauf: Arb.Einst.: arbeitet im eignen Haushalt. Erster ärztl. Bef.: Mai 28 Lungenspitzenkat., Tb. neg., Juli hier Tb. pos. elast. Faser pos., beiderseits III plus. kav. beginnende Kehlkopftb. Rö.: beide Lungen von der Spitze bis zu ca. 3 Querfinger über dem Zwerchfell kleinfleckig dicht getrübt. Re. infraklavikulär walnußgroße, im re. Unterfeld kleinapfelgroße Kaverne. Li. im Hilus kav. verdächtige Stelle. — Blut: Erythr. 4,3 Mill., Leuk. 9600, Segm. 72%, Stabk. 5%, Jugendf. 3%, Lymph. 18%, Mono. 1%, Senkung 33 Min. — Therapie: Krankenhausbehandlung.

57. Otto W., Arbeiter, 25 J. — Beginn: vor drei Jahren mit Husten. Febr. 28 stärkeren Husten und Atemnot. — Verlauf: Arb.-Einst. Febr. 28. Erster ärztl. Bef.: Mai 28 fortschreitende, re. exsud., Tb. neg. Juli 28 hier pos., elast. Fas. pos. Aug., Haemoptoe, nach 2 Tagen excitus.

58. Peter W., Maurer, 48 J. — Beginn: Seit 1918 Husten und Auswurf, Stechen in beiden Seiten. Nov. 27 Verschlimmerung, Stechen und Atemnot. — Verlauf: Arb.Einst. Nov. 27. Erster ärztl. Bef.: re. Unterlappentb., Auswurf nicht untersucht. Juli hier Tb. pos. Rö.: die ganze re. Lunge streifig, kleinfleckig, verschattet. Li. zahlreiche radiäre Streifenbildung. Im re. Oberfeld Kaverne. — Blut: Leuk. 19 200, Segm. 71%, Stabk. 6%, Jugendf. 4%, Lymph. 18%, Baso. 1%, Senkung 188 Min. — Therapie: H.V. für Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zwecklos. Rente.

59. Johanna St., Ehefrau, 24 J. Mutter und eine Schwester an Tb. gest. — Beginn: Oktober 26 mit Mattigkeit, Dezember Husten, Auswurf und Lungenbluten. — Verlauf: Arb.Einst. Okt. 26. Erster ärztl. Bef.: linksseitige Lungentb. I/II Tb. pos., Juni/Oktober 27 in Landeshut Pneuanlage, wegen Verwachsungen wieder eingegangen. Phrenikusexhairese. Ab Juni 28 wieder gearbeitet. Seit dem H.V. wieder viermal Lungenbluten. Sept. 28 hier Tb. pos., Rö.: Re. Spitze homogen verschattet, re. infraklavikulär großfleckiger Herdschatten, vom Hilus lateral aufwärts interlobäre Strangbildung. Übrige Lunge weniger intensiv kleinfleckig verschattet. — Blut: Leuk. 16 600, Segm. 77%, Stabk. 3%, Lymph. 10%, Mono. 1%, Eos. 3%, Senkung 273 Min. — Therapie: H.V. Landeshut (sehr gutes Allgemeinbefinden).

60. Maria G., Näherin, 23 J. Eine Schwester 1924 an Tb. gest. — Beginn: Weihnachten 26 mit Husten, der sich im Febr. 27 verschlimmerte. Wenig Auswurf. — Verlauf: Arb.Einst. Juni 27. Erster ärztl. Bef.: re. Lungentb., Auswurf nicht untersucht. Hier Sept. 27 Tb. pos., elast. Fasern pos., re. III, li. I, acin. nod. cav., Rö.: re. Lunge von zahlreichen, streifigen kleinfleckigen Verdichtungen durchsetzt. Im re. Oberlappen. Kav. — Blut: Leuk. 11 600, Segm. 74%, Stabk. 5%, Jugendf. 2%, Lymph. 17%, Eos. 2%, Senkung 23 Min. — Therapie: Pneuanlage Phrenikus. H.V. Landeshut.

61. Hanna R., landw. Arbeiterin, 50 J. — Beginn: Herbst 27 mit Husten, Atemnot, zeitweise gelegen. — Verlauf: Arb.Einst. Mai 28. Erster ärztl. Bef.: Juni 28, re. pos. Lungentb. Hier Rö.: Lungenfelder nach unten erweitert, das re. Ober- und Mittelfeld streifig, kleinfleckig verschattet, li. ebenfalls. — Blut: Leuk. 18 200, Segm. 69%, Stabk. 3%, Jugendf. 2%, Lymph. 20%, Eos. 4%, Baso. 2%, Senkung 60 Min. Pirquet stark pos. — Therapie: H.V. in bezug auf Arbeitsfähigkeit aussichtslos, Rente.

62. Paul W., Tischler, 45 J. — Beginn: Herbst 27 mit Husten, Auswurf und Atemnot. 23 u. 24 linksseitige Hornhautentz. — Verlauf: Keine Arb.Einst. Erster ärztl. Bef.: Juni 28, Lungenspitzen Tb. li (re.?), Tb. nicht untersucht. Hier: doppelseit. offene Lungentb. Rö.: Li. Spitze homogen getrübt, nicht aufhellend. Im li. Oberfeld Streifenbildung mit einzelnen fleckigen Herdschatten. Im re. Oberfeld markstückgroße inhomogene Schattenzone. Im re. Unterfeld außer stärk. Streifenbildung

fleckige Versch. Darin markstückgr. Ringsch. — Blutbild: Erythr. 5 Mill., Leuk. 68%, Segm. 61%, Stabk. 3%, Jugendf. 3%, Lymph. 31%, Mono. 1%, Eos. 2%, Senkung 116 Min. — Therapie: H.V. Buchwald. Allgemeinbefinden gut.

63. Elfriede B., Arbeiterin, 18 J. Mutter 24 an Tb. gest., hat Mutter gepfl. — Beginn: seit ca. 6 Jahren Husten, hin und wieder blutiger Auswurf, Juni 27 Verschlimmerung mit Nachtschweiß und Mattigkeit. — Verlauf: Arb.Einst. Juni 27. Erster ärztl. Bef.: Mai 27. Ausw. nicht untersucht. Aug. 27 hier Tb. stark pos., elast. Fasern pos., Aug. re. III, li. I/II. Rö.: re. besonders in den oberen Partien streifig fleckige Verdichtungen, unter der Klavikula 2 Kav. Auch in der li. Spitze und unterhalb der Klavikula feine Marmorierung. — Blut: Leuk. 6800, Segm. 58%, Stabk. 7%, Jugendf. 4%, Lymph. 28%, Eos. 2%, Baso 1%, Senkung 87 Min. — Therapie: Oktober bis März Landeshut. November 27 dort Pneuanlage. Hier weitere Nachfüllung.

64. Kurt St., Steinmetz, 22 J., staubreiche Arbeit. — Beginn: Seit Weihnachten 27 Husten, März 28 plötzlich einsetzende Heiserkeit. — Verlauf: Arb.Einst. Mai 28. Erster ärztl. Bef.: Juni 28 doppelseitige Lungentb. pos., Aug. 28 Rö.: Zwerchfelladhäsion, beide Lunge von der Spitze bis zur Basis dicht kleinfleckig verschattet. Besonders lateral unter dem Schlüsselbein. Im li. Unterfeld und im re. Mittelfeld unscharfe Aufhellungen. — Blut: Leuk. 19000, Segm. 67%, Stabk. 5%, Jugendf. 2%, Lymph. 24%, Mono. 2%, Senkung 85 Min. — Kehlkopftb. — Therapie: H.V. hier, ohne Erfolg.

65. Georg T., Hobler, 36 J. 5 J. staubige Arbeit, 6 Jahre Kriegsgefangenschaft, dort Nierenentz., Mittelohrentz., Skorbut. — Beginn: Frühjahr 27 mit Mattigkeit, Husten, Auswurf, Nachtschweiß. Aug. 27 Lungenbluten. — Verlauf: Arb.Einst. August 27. Erster ärztl. Bef.: Dez. 27 offene rechtsseitige Lungentb. — Therapie: Von Jan. bis Juni Buchwald, Febr. 28 dort Pneuanlage, hier ständige Nachfüllung.

66. Alfred W., Tischler, 24 J. 8 Jahre staubreiche Arbeit. — Beginn: August 26 mit Husten, Auswurf, Atemnot. 1924 Grippe, nachher aber kein Husten und gutes Befinden. — Verlauf: Arb.Einst. Nov. 26, Febr. 28 wieder gearbeitet. Erster ärztl. Bef.: Febr. 27, pos. Lungentb. Rö.: März 27 re. Oberlappen durchsetzt von kleinfleckigen, teil zusammenliegenden Verschattungen. Im ersten I.C.R. Kav. — Therapie: März bis Sept. 27 in Buchwald, Pneuanlage re., im April 27 in Buchwald. Hier ständige Nachfüllung.

67. Gerhard Z., Schlosser, 18 J. Vater 1918 an Tb. gest. — Beginn: Allmählich Herbst 27 mit Husten und Heiserkeit. — Verlauf: Arb.Einst. März 28, August 28 li. III, re. III pos., beiderseits Spitzen und Oberfelder bis Hilus dicht klein- und großfleckig verschattet. Beiderseits fragliche Kav., li. mehr Cirrhose. Offene Kehlkopftb. — Blut: Senkung 35 Min. — Therapie: H.V. hier, ohne Erfolg. Rente.

68. Martha May, Arbeiterin, 33 J. Vater 1904 an Tb. gest. — Beginn: 1927 drei Wochen Mattigkeit, Kopfschmerzen, Fieber, Husten, danach wieder wohl. Juli 28 Verschl. — Verlauf: Sept. 28 hier pos., li. II prod. indur. Hilusprozesse. Rö.: Spitzen relativ trübe, li. kleinfleckiger Herdschatten. Beiderseits verdichtete Hilen. Li. infraklavikulär kleinfleckige Verschattung. — Blut: Senkung 10½ St. — Therapie: H.V.

69. Franziska Z., Hausangestellte, 20 J. Mutter an Lungenentz. gest. — Beginn: Seit ca. 2 Jahren mit Husten, Auswurf, Brustst echen, Heiserkeit. — Verlauf: Arb.Einst. Sept. 28, hier Sept. 28 pos., Kehlkopftb. Rö.: Beide Lungen von der Spitze bis zur Basis streifig, fleckig verschattet, mit mehreren eingelagerten Kalkflecken. — Blut: Leuk. 15400, Segm. 69%, Stabk. 5%, Jugendf. 3%, Lymph. 22%, Eos. 1%. — Therapie: Krankenhausbehandlung, da Fieber bis 40°.

70. Leopold P. — Beginn: Allmählich, Anfang 27, mit Husten und Auswurf. Jan. 28 Atemnot, Stechen. — Verlauf: Arb.Einst. Jan. 28.

Erster ärztl. Bef.: Sept. 28 Tb. pos., Nov. li. III, re. III. Rö.: Li. hochgradige Verschattung von Ober- und Mittelfeld, Pleuraverwachsungen, re. großfleckige Verschattung im Oberfeld und Hilusbereich. — Therapie: H.V. für Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit aussichtslos, Rente.

71. Richard H. — Beginn: Mai 27 mit Husten, Auswurf. — Verlauf: Erster ärztl. Bef.: Okt. 27 offene Lungentb., Nov. 27 H.V. Buchwald, re. III, li. II, Nov. 28 re. III, li. III. Rö.: re. infraklavikulär isol. alte Kav., li. Ober- und Mittelfeld mittelgroßfleckig verschattet. — Therapie: H.V. aussichtslos, Rente.

72. Anna N., Hausmeisterin, 45 J. — Beginn: Sommer 27 allmählich mit Atemnot, Appetitlosigkeit, Husten. — Verlauf: Arb.Einst. Sept. 27. Erster ärztl. Bef.: Sept. 27 Tb. pos. Sept. 27/28 in Landeshut, Okt. 28 Verschlimmerung, Nov. 28 beiderseits III. Rö.: re. feinste Streuung, li. Spitze und Oberfeld mäßig dicht verschattet, infraklavikulär große Aufhellung. — Blut: Senkung 76 Min. — Therapie: Nochmaliges H.V. Landeshut.

73. Hermann H., Stellmacher, 46 J. — Beginn: Juli 28 mit Husten und Atemnot, früher häufig Bronchitis. — Verlauf: Arb.Einst. Nov. 28. Erster ärztl. Bef.: Nov. 28 pos., hier Rö.: beide Lungen von Spitze bis zu zwei Drittel dicht kleinfleckig, zum Teil großfleckig verschattet. — Blut: Senkung 15 Min. — Therapie: H.V. aussichtslos, Rente.

74. Josef W., Landwirt, 32 J. — Beginn: 1926 allmählich mit Husten, nicht darauf geachtet. Jan. 27 „starke Erkältung". — Verlauf: Arb.-Einst. Febr. 27. Erster ärztl. Bef.: April 27 pos., vorübergehend invalidisiert. Dez. 28 re. III, li. III. Rö.: beide Spitzen Ober- und Mittelfeld dicht konfl. getrübt, re. Unterfeld streifig verschattet. Bei guter Transparenz. Li. Unterfeld streifig, fleckig verschattet. Re. infraklavikulär unscharfe Aufhellung. — Therapie: H.V. aussichtslos, Rente.

75. Karl R., Schneider, 31 J. Mutter an Tb. gest. — Beginn: Nov. 25 mit Husten, Auswurf, Brststechen. Anfang 26 Krankenhaus. — Verlauf: Arb.Einst. Dez. 27. Juni 28 in Herrnprotsch, Nov. 28 hier re. III, li. I. Rö.: re. Spitze dicht verschattet, infraklavikulär gelegene Kav. — Therapie: Hier Pneuversuch ohne Erfolg. Plastik abgelehnt. Rente.

76. Adolf N. Vater an Kehlkopftb. gest. — Beginn: Dez. 27 mit Husten und Auswurf. 1925 bereits „Lungenspitzenkat." — Verlauf: Arb.Einst. Juni 28, Okt. 28 hier pos., re. III, li. II. Rö.: re. Oberfeld streifig feinfleckig verschattet, mit scharfer Abgrenzung nach unten. In der li. Spitze einige dichte Fleckchen, im li. Mittel- und Unterfeld dichte streifig fleckige Verschattung. — Therapie: H.V. hier. Ohne Erfolg abgebrochen.

77. Franz M. Vater März 27 an Tb. gest. — Beginn: 1927 mit Stechen und Husten, dann wieder wohler. Juni 28 Husten, Stechen, Mattigkeit, Fieber, Gewichtsabnahme. — Verlauf: Juli 28 Arb.Einst. Erster ärztl. Bef.: Juli 28 Tb.?, Nov. 28 hier geschlossene Lungentb., in Abheilung begriffenes Frühinfiltrat mit Kav. — Therapie: H.V. Hohenwiese.

78. Paul G. — Beginn: Jan. 28 mit Müdigkeit, Dez. 27 Grippe mit Fieber und Husten. — Verlauf: Arb.Einst. Sept. 28. Erster ärztl. Bef.: März 28 Tb. neg., Juli pos., Nov. 28 hier re. III, li III. Rö.: re. und li. in toto oben großfleckig, unten kleinfleckig, streifig verschattet. Li. infraklavikulär lateral gelegene Kav. — Kehlkopftb. und Lues. — Therapie: H.V. aussichtslos, Rente.

79. Josef D., Maler, 30 J. — Beginn: Sommer 28 Gewichtsabnahme. Oktober Stechen und Husten. Nur wegen Arbeitslosigkeit H.V. beantragt. — Verlauf: Arb.Einst. Sept. 28. Erster ärztl. Bef.: Tb. neg., hier nach mehreren Untersuchungen mit Antiformin pos., Dez. 28 Rö.: Vom li. verzweigten Hilus streifig fleckige Zeichnung zur Thoraxwand, re. in Mittel- und Unterfeld verstreute, traubenförmig ge-

lagerte weiche und scharfe Flecken. — Blut: Senkung 6 St. — Therapie: H.V. Buchwald.

80. Gustav B., Nieter. Vater 1916 an Tb. gest., Bruder 1923 ebenfalls. — Beginn: Mai 23 mit Husten, Auswurf, Lungenbluten. Okt. 23 wieder blutiger Auswurf. — Verlauf: Jan. 24 hier neg. A. f. August 24. Nachuntersuchung Verschlimmerung. Tb. pos., Kav. im linken Unterfeld, Pneubehandlung bis Nov. 26. 1925 wieder gearbeitet. Weitere Verschlimmerung Sept. 28 allmählich mit Mattigkeit und Husten. Dez. 28 Rö.: beide Spitzen getrübt, re. Ober- und Mittelfeld zart streifig fleckig verschattet. Infraklavikulär walnußgroßer Ringschatten. Li. inaktiver alter Prozeß. — Blut: Senkung 172 Min. — Therapie: H.V. Ziegenhals.

81. Franziska Z., Hausangestellte, 20 J. — Beginn: Schleichend seit 2 Jahren mit Husten, Heiserkeit, Auswurf. — Verlauf: Arb.Einst. Sept. 28. Erster ärztl. Bef.: Sept. 28 Tb. pos., Okt. 28 Rö.: beiderseits zahlreiche Verdichtungen, von der Spitze bis fast zur Basis mit zahlreichen Kalkflecken. Re. über Hilus halbringförmiger Schatten. — Kehlkopftb. — Therapie: hier während Kehlkopfbehandlung starke Verschlimmerung, Einschmelzung. Sputum 125, elast. Fas. pos., Temp. über 39, Krankenhausbehandlung.

82. Martha C., Hausangestellte, 17 J. Vater 1917 an Tb. gest. — Beginn: Febr. 27 mit Husten. — Verlauf: August 27 hier offene Tb., li. III, re. I/II, H.V. Landeshut mit Phrenikus bis März 28, Mai 28 nur 4 Wochen gearbeitet, dann Verschlimmerung, Nov. 28 Rö.: li. ganze Lunge fleckig konfluierend verschattet, lateral oben kirschgroße Kav., re. Ober- und Mittelfeld kleinfleckig verschattet. — Therapie: Rente.

83. Anna H., landw. Arbeiterin, 27 J. Mutter lungenkr. eine Schwester 1922 an Tb. gest. — Beginn: März 28 mit Husten und Müdigkeit. Sept. 27 Entbindung, Kind 7 Monate gestillt. — Verlauf: Arb.-Einst. März 28. Erster ärztl. Bef.: April 28 Tb. pos., Juni li. III, exs., prod., kleinkav., Temp. hier bis 39,2. — Blut: Leuk. 13 800, Segm. 70%, Stabk. 6%, Jugendf. 4%, Lymph. 19%, Baso. 1%, Senkung 19. — Therapie: H.V. hier, Pneuanlage. Mit Rente entlassen.

84. Anna N., landw. Arbeiterin, 23 J. Vater 26 an Tb. gest. — Beginn: Allmählich April 28 mit Stechen re. vorn, Husten und Auswurf. Bis April 28 gesund. — Verlauf: Arb.Einst. April 28. Erster ärztl. Bef. April 28. Rö.: R. III, prod., exs. + Cav., Tb. pos. Juni hier. — Blutbild: Erythr. 4 Mill., Leuk. 10 000, Segm. 61%, Stabk. 4%, Emph. 28%, Eos. 4%, Mono. 2%, Senkung 62 Min. — Therapie: H.V. Landeshut.

85. Elfriede F., Waldarbeiterin, 20 J. — Beginn: Herbst 27 mit Husten, Auswurf, Abmagerung. — Verlauf: Arb.Einst. Juni 28. Erster ärztl. Bef.: April 28. Rö.: Lungentb. Re. III, li. I, prod., exsud. — Blutbild: Hgb. 68%, Erythr. 3 420 000, Leuk. 12 000, Poly. 68%, Lymph. 28%, Überg. 2%, Mono. 1%, Eos. 1%, Senkung 69 Min. — Therapie: H.V. Schmiedeberg.

86. Gustav M., landw. Arbeiter, 28 J. — Beginn: Allmählich im Mai 28 mit Mattigkeit, Appetitlosigkeit. Im Juni Brustschmerzen. — Verlauf: Arb.Einst. Mai 28. Erster ärztl. Bef. pos. Rö.: Beiderseits schlechte Zwchfll.beweglichkeit. Zwchfll. re. adhaerent, li.re. In der li. Lunge von der Spitze bis unter Hilushöhe, re. in der ganzen Lunge weniger zahlreiche, kleinfleckige Aussaat. Im re. Hilus fragl. Kav. — Blutbild: Erythr. 4½ Mill., Leuk. 7 400, Segm. 70%, Jugendf. 2%, Lymph. 12%, Mono. 1%, Eos. 2%, Senkung 32 Min. — Therapie: H.V. Buchwald.

87. Alfred W., Schneider, 21 J. — Beginn: April 28 mit Husten und Stechen im Rücken. — Verlauf: Arb.Einst. 13. Juni. Erster ärztl. Bef.: Juni 28 Auswurf nicht untersucht. Juli 28 zur Beobachtung im Städt. Krankenhaus Gleiwitz. Exsud. Tb. des Ober- und Mittelteils der re. Lunge, anscheinend mit Kav.-Bildung im Oberteil. August 28 Rö.: Beide Spitzen homogen verschattet, re. Ober- und Mittelfeld intensiv fleckig verschattet, lateral oben mehrkammerige Kav., re. Unterfeld weniger und kleinfleckig

verschattet. Li. lateral und unterhalb vom vergrößerten Hilus unscharfe Herdschatten. — Blut: Leuk. 11 200, Segm. 79%, Stabk. 4%, Jugendf. 1%, Lymph. 15%, Eos. 1%, Senkung 29 Min. — Therapie: H.V. hier, Fortsetzung in Buchwald (ohne Erfolg).

88. Hedwig S., landw. Arbeiterin, 18 J. Vater leidet an offener Lungentb. — Beginn: März 28 mit Husten, April Heiserkeit und Gewichtsabnahme. — Verlauf: Arb.Einst. Mai 28. Erster ärztl. Bef.: Juni 28 Tb. pos. Hier Juli 28 elast. Fasern pos. Fortschreitende Lungentb., re. vorwiegend exs. kav., li. Aussaat im Mittelfeld. Rö.: Re. Spitze und mediale Hälfte des Oberfelds intensiv verschattet, vom Hilus lateral aufwärts fingerbreiter Strang. Darunter bis ins Unterfeld weiche kleinfleckige Herdschatten. Linke Spitze und Oberfeld relativ frei. Mittel- und Unterfeld rübe. — Blut: Hgb. 63%, Leuk. 16 000, Segm. 75%, Stabk. 4%, Jugendf. 4%, Lymph. 15%, Baso. 1%, Überg. 1%, Senkung 21 Min. — Therapie: H.V. Landeshut.

89. Robert K., Anstreicher, 24 J. Mutter 1914 an Tb. gest. — Beginn: Juli 27 mit Husten, Auswurf, Rückenschmerzen, Nachtschweiß. — Verlauf: Arb.Einst. Juli 27. Ab März 28 wieder gearbeitet. Erster ärztl. Bef.: August 27, Tb. pos., elast. Fasern pos. Von Sept. bis Dez. in Buchwald, dort Pneuanlage. Juli 28 hier Pneunachfüllung, re. prod. ind., klein kav. — Blut: Leuk. 7200, Segm. 62%, Stabk. 4%, Jugendf. 3%, Lymph. 31%, Senkung 231 Min.

90. Karl H., Stellmacher, 26 J. — Beginn: Mit Husten und Auswurf im Mai 26. — Verlauf: Arb.Einst. Mai 26, dann wieder zeitweise gearbeitet, endgültige Arb.Einst. Juli 27. Erster ärztl. Bef.: Juli 26 offene beiderseitige Lungentb. — Therapie: Oktober bis März 28 Buchwald. Pneunachfüllung. (Anlage Nov. 27.)

91. Martha K., Putzmacherin, 22 J. Mutter April 28 an Tb. gest., eine Schwester in Landeshut zum H.V. — Beginn: Mai 28 mit Müdigkeit, Husten, Stechen in der linken Seite, Gewichtsabnahme. — Verlauf: Arb.Einst. Juli 28. Erster ärztl. Bef.: Juni 28 Lungenspitzenkat., Tb. neg. August 28. Hier pos. (nur mit Antiform). Li. III vorwiegend prod. Rö.: Beide Spitzen intensiv getrübt, li. stärker als re. Die li. Infraklavikulargegend sowie das li. Mittelfeld von zahlreichen ca. hanfkorngroßen Flecken durchsetzt. Vom re. Hilus Streifen nach abwärts. — Blut: Senkung 83 Min. Allgemeinbefinden gut. — Therapie: H.V. Landeshut.

92. Franz S., Arbeiter, 17 J. Mutter 23 an Tb. gest., 26 ein Schwager an Tb. gest. — Beginn: April mit Mattigkeit, Gewichtsabnahme, zwei Wochen später Mandelentzündung, danach Heiserkeit, Husten und Auswurf. — Verlauf: Seit November 27 arbeitslos. Erster ärztl. Bef.: Juni 28 Lungenspitzenkat. re., Sputum nicht untersucht. Ende Juli (Facharzt Tb. stark pos., elast. Fasern pos. August hier: Spontanpneu. Rö.: Re. dreifinger breites undulierendes Exsudat, im Oberfeld Riesenkav. Im Krankenhaus gestorben.

93. Alfons S., Tischler, 16 J. Mutter im Mai, eine Schwester im Juni an Tb. gest. — Beginn: Mai 28 mit Husten, Durchfall, Mattigkeit, Nachtschweiß. — Verlauf: Arb.Einst. Mai 28. Erster ärztl. Bef.: Beginnende Lungentb., Sputum nicht untersucht. August hier Tb. pos. Rö.: Li. Spitze homogen verschattet, infraklavikular Kav., von da aus zum Hilus dichte kleinfleckige Verschattung, weniger dicht im Unterfeld, re. Hilus verbreitert mit Streifenbildung nach aufwärts. — Therapie: H.V. Buchwald.

94. Selma P., 14 J. Eine 15 j. Schwester 1927 an Tb. gest. — Beginn: Anfang des Sommers. Husten, Auswurf. — Verlauf: Erster ärztl. Bef.: Juli 28. Tb. pos., August 28 li. und seit. Unterlappenprozeß mit Pleuritis. Rö.: Beiderseitig Mittel- und Unterfeld verbreiterte, verdichtete Hilen mit kleinen, fast kalkdichten Herdschatten. Streifigfleckige Zeichnung, besonders im li. Unterfeld. — Blut: Leuk. 8 000,

Segm. 59%, Stabk. 3%, Lymph. 33%, Eos. 8%, Senkung 113 Min. — Therapie: H.V. Landeshut.

95. Alfons J., Hüttenarbeiter, 52 J. 17 J. Eisengießer, viel Staub und Hitze. — Beginn: Juni 28 mit Husten, Auswurf, Stechen in der Brust. — Verlauf: Arb.Einst. Juni 28. Erster ärztl. Bef.: Juli 28. Tb. pos., August hier. Rö.: Beide Spitzen verschattet. Li. hinten von der Spitze bis zur Basis fleckig getrübt. Im li. Oberfeld pflaumengroße, scharf umrandete, mehrkammerige Aufhellung. — Therapie: H.V. für Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zwecklos. Rente.

96. Else S., Hausangestellte, 17 J. Mutter 12 an Lungentb. gest. — Beginn: Ende Juni 28 mit Husten, Auswurf und Stechen. — Verlauf: Arb.Einst. Juli 28. Erster ärztl. Bef.: Juni 28. Re. Lungentb. pos. August 28 hier. Rö.: Re. Oberlappen hühnereigroße Kav., vom re. Hilus aufwärts dichte, zarte Streifung und Fleckung. — Therapie: H.V. hier, Pneuanlage. Fortsetzung in Landeshut.

97. Martha R., Ehefrau, 26 J. — Beginn: April 26 mit Husten, Auswurf, Abmagerung, Mattigkeit. — Verlauf: Erster ärztl. Bef.: September 26 pos. 27 H.V. Landeshut. Nachher 10 Pfund abgenommen. 28 Verschlimmerung. August 28 beiderseits III. Rö.: Li. Oberlappen vollkommen verschattet. Li. Zwchf. fast unbeweglich. Li. Oberlappen Kav., re. ebenfalls Verschattungen. — Blut: Leuk. 13 200, Segment 74%, Stabk. 3%, Jugendf. 1%, Lymph. 19%, Mono 1%, Eos. 1%, Baso 1%, Senkung 23 Min. — Therapie: Rente.

98. Anna M., Hausmeisterin, 45 J. — Beginn: Sommer 27. Atemnot, Appetitlosigkeit, Husten, September Fieber. — Verlauf: Erster ärztl. Bef.: September 27 pos., H.V. Landeshut. 28 Wieder Husten und Auswurf. Frühjahr Verschlechterung, Sommer Besserung. September Fieber bis 39. Hier Rö.: Li. Zwchfl. sehr wenig beweglich. Li. Spitze verschattet. Li. infraklavikulär kinderfaustgroße Aufhellung. Oberfelder mäßig dicht verschattet. Unterfeld frei. Re. im wesentlichen o. B. — Blut: Leuk. 12 600, Segm. 69%, Stabk. 2%, Jugendf. 1%, Lymph. 23%, Mono 1%, Eos. 2%, Baso 2%. — Therapie: H.V. Landeshut Pneu oder Phrenikus.

99. Gertrud R., Hausangestellte, 17 J. Eine Schwester 1914 an Tb. gest. — Beginn: August 28. Husten, Auswurf, Kopfschmerzen, Heiserkeit. Bereits seit zwei Jahren im Frühjahr und Herbst Husten und Auswurf. — Verlauf: Arb.Einst. November 28. Erster ärztl. Bef.: Oktober 28. re. Lungenspitzenkat. Sputum nicht untersucht. Okt. hier pos., re. II/III, li. II. Rö.: Re. Spitze und infraklav. dichte, fast homogene Verschattung mit scharfer Abgrenzung nach unten. Re. verbreiteter, verdichteter Hilus. In der li. Spitze fast kalkdichter Schattenfleck. Im li. Hilus zahlreiche Kalkflecken. — Blut: Leuk. 6 600, Segm. 70%, Stabk. 3%, Jugendf. 3%, Lymph. 21%, Eos. 2%, Senkung 50 Min. — Therapie: H.V. wird abgelehnt. Rente.

100. Emilie H., Stütze, 17 J. Ein Bruder 25 an Tb. gest. — Beginn: Ostern 27 mit Husten, Auswurf, Gewichtsabnahme. 8 mal wegen Blinddarm- und Darmfistel operiert. — Verlauf: Arb.Einst. Juli 27. Erster ärztl. Bef.: Juli 27 Tb. neg. Oktober 27 pos. 27 H.V. Landeshut. Wenig Erfolg. August 28 beiderseits III: Rö.: Li. Spitze homogen verschattet. Li. infraklav. Aufhellung. Übrige Lunge verschattet, im re. Mittel- und Unterfeld großfleckige confluierende Herdschatten. — Blut: Leuk. 10 400, Segm. 79%, Stabk. 2%, Lymph. 15%, Eos. 1%, Baso 1%, Senkung 17 Min. — Therapie: H.V fraglich, Rente

101. Luise M., Hausangestellte, 20 J. — Beginn: Dezember 26 mit Husten und Schwäche. — Verlauf: Februar 27. Erster ärztl. Bef.: Tb. pos. Li. II/III. März/Oktober 27 in Landeshut. 28 Verschlimmerung. Li. III, re. alte Hilus- und Spitzenprozesse. Rö.: Beide Hilen vergrößert. Li. Spitze dicht, re. fleckig getrübt. — Therapie: Phrenikus hier. Ohne Erfolg. Rente.

Die ersten 23 Fälle mit akutem Beginn kamen kurz nach dem angegebenen Beginn zu uns in Beobachtung, wo sich durchweg eine manifeste, meist schon fortgeschrittene Tuberkulose feststellen ließ. Sicherlich ein Beweis für die Annahme, daß die Tuberkulose ein akutes Ereignis ist, das sehr rasch fortschreitet und nicht früh genug erfaßt werden kann. In 16 Fällen wird der Beginn mit Fieber angegeben, meist wurde eine Grippe angenommen. Vier Fälle begannen mit Pleuritis oder Pneumonie, drei mit Haemoptoe.

I. Akuter Beginn (kurz vor Beobachtung).

1. Grippeähnlich . . . . . 16 = 70%,
2. Pleuritis, Pneumonie . . . 4 = 17%,
3. Haemoptoe . . . . . 3 = 13%.

Drei Fälle mit grippeähnlichem Beginn hatten kurz darauf eine Haemoptoe. Drei hatten bereits in früheren Jahren Grippe gehabt, waren danach aber angeblich wieder ganz gesund gewesen. Sehr wahrscheinlich ist natürlich, daß diese sogenannten Grippen bereits akute tuberkulose Schübe waren.

Die nächsten 16 Fälle gaben ebenfalls einen akuten Beginn an, der aber schon ein — mehrere Jahre zurückliegt. Fall 27 soll angeblich mit einem akuten Gelenkrheumatismus begonnen haben, wobei dahingestellt bleibt, ob wirklich eine Polyarthritis bestanden hat oder ob der Gelenkprozeß nicht die Folge einer akut begonnenen Tuberkulose war. Fall 25 zeigte jahrelang nach einer Grippe Asthmaanfälle. Von diesen 16 Fällen wurde zehnmal der Beginn fieberhaft, grippeähnlich, fünfmal mit Pleuritis oder Pneumonie angegeben.

II. Akuter Beginn (länger zurückliegend).

1. Grippeähnlich . . . . . 10 = 63%,
2. Pleuritis, Pneumonie . . . 5 = 32%,
3. Andersartig . . . . . 1 = 5%.

Diese 16 Fälle zeigen durchweg einen schubartigen Verlauf ihrer Erkrankung mit Wohlbefinden in der Zwischenzeit. Der Gegensatz zu den alten Anschauungen, wo es, wie bereits angeführt, heißt, daß die Tuberkulose selten schubweise verläuft, ist hier sehr ausgesprochen. Man liest im Bacmeister (Lehrbuch der Lungenkrankheiten), daß die Erkrankung häufig auch plötzlich in Erscheinung tritt. „Der initiale Prozeß hat sich langsam entwickelt, ohne daß es dem Patienten zum Bewußtsein kam, plötzlich setzt eine Haemoptoe oder Pleuritis ein.“ Wenn auch, wie vorher gezeigt, ein Teil unserer akuten Fälle mit Haemoptoe oder Pleuritis begannen, so verlief doch der weit größere Teil grippeähnlich mit früher unbekanntem akutem Beginn. Fall 40—43 begannen zwar ebenfalls akut mit hohem Fieber, gaben aber bereits vor dieser fieberhaften Erkrankung Husten an, so daß ich diese Fälle als subakute besonders geordnet habe.

Es begannen also von 43 akuten Fällen:

1. Grippeähnlich . . . . . 30 = 70%,
2. Pneumonie, Pleuritis . . . 9 = 21%,
3. Haemoptoe . . . . . 3 = 7%,
4. Andersartig . . . . . 1 = 2%.

Von den 57 chronischen Fällen zeigten nur 4 eine Grippe in der Anamnese, 1 außerdem eine starke Erkältung. In allen anderen Fällen wurden nur allgemeine Symptome als Beginn und Verlauf angegeben, wie wir sie schon immer als Zeichen der Tuberkulose kennen: Husten, Auswurf, Mattigkeit, Nachtschweiße usw. Ein zu geringes Eingehen auf diese Allgemeinsymptome, wozu die neue Lehre leicht verführen könnte, wäre also falsch. 26 von diesen 57 Fällen wiesen erbliche Belastung auf oder Tuberkulose in der Familie, während dies bei den akuten Fällen nur 12 von 43 zeigten. Ob das Zufall ist, oder ob vielleicht gerade durch die Disposition bzw. verstärkte Ansteckungsmöglichkeit eine andere Verlaufsform entsteht, kann ich nicht entscheiden.

Aufgabe dieser Arbeit war es also, nicht den örtlichen, sondern den zeitlichen Beginn der Tuberkulose festzustellen. Im Beginn der neuen Anschauung schien es, als ob die örtliche Lokalisation das ausschlaggebende wäre, und jede Diskussion drehte sich darum. So entstand auch der Name „Infraklavikulärinfiltrat". Neuerdings kommt man mehr und mehr auf Rombergs Anschauung zurück, der, wie bereits erwähnt, das Wesentliche vom klinischen Gesichtspunkt aus in dem zeitlichen Beginn sieht. So schließt sich Redecker an: „Keinesfalls kann das Problem in dem Gegensatz Beginn in der Spitze oder außerhalb der Spitze gefaßt werden. Diese Alternative geht an sich fehl und enthält nur ein sekundäres Teilsymptom." Er sieht den Gegensatz zur alten Vorstellung vom chronisch unaufhaltsamem Weiterschreiten des tuberkulösen Prozesses in dem Begriff von Schub und Intervall.

Es ließ sich also auch an unseren Fällen nachweisen, daß ein großer Teil der offenen Tuberkulosen akut, grippeähnlich beginnen. Redecker berichtet, daß die von seiner Fürsorgestelle erfaßten Tuberkulosefälle nur zum kleinsten Teil vorher von dem behandelnden Arzte erkannt worden waren. Auch bei unseren Fällen zeigte sich oft ein großer Gegensatz in dem Bericht des einweisenden Arztes und unserem Befunde. In vielen Fällen war das Sputum nicht untersucht, meist keine Röntgenuntersuchung vorangegangen. Wir sehen aber, daß der physikalische Befund allein durchaus ungenügend ist, gerade die Frühstadien zeigen oft einen positiven Röntgenbefund bei fast negativem physikalischem Befunde. Als ganz besonders wichtig erscheint die Sputumuntersuchung, die gerade während des akuten Schubes oder noch kurz nachher, wenn andere Untersuchungs-

methoden noch versagen, positiv ist, so daß auch die Gefahr für die Weiterverbreitung zu einer Zeit am größten ist, wo der Arzt es nicht vermutet. Nicht nur aus therapeutischen, sondern auch aus prophylaktischen und sozialen Gründen ist es wesentlich, daß die neuen Anschauungen in der Masse der Ärzteschaft und nicht nur unter den besonders fachlich interessierten Ärzten Fuß fassen. Aber anderseits zeigte sich auch in unseren Fällen, daß mehr als die Hälfte chronischen Beginn und Verlauf aufwiesen. Wenn wir da noch die möglichen Fehlerquellen in Betracht ziehen, die darin liegen, daß unsere Patienten sämtlich aus den wenig begüterten Volksschichten stammen, die im Allgemeinen wenig Neigung haben, sich im Krankheitsfalle zu beobachten, so verschiebt sich die Statistik vielleicht noch zugunsten der akut beginnenden Fälle, aber immerhin bleibt fraglos ein großer Prozentsatz chronisch beginnender Fälle. Wenn Ulrici meint, daß der alten Lehre nur noch ein Platz in der Geschichte der Irrtümer der Medizin zukommt, so ist das sicher zu weit gegriffen. Man kann eher Romberg zustimmen, der sagt: „Sicher sind die Spitzenveränderungen wegen ihres oft deutlichen Einflusses auf das Gesamtbefinden, wegen des wohl seltenen, wohl aber doch möglichen Überganges in die tertiäre Lungentuberkulose nach wie vor sorglich zu beachten." Noch eins hat und kann die neue Lehre mit sich bringen, das ist eine Überschätzung des Röntgenverfahrens auf Kosten der physikalischen Untersuchung. Mit Recht weist Klemperer darauf hin, daß auch, wenn die neue Lehre zu recht besteht, die physikalische Untersuchung der Lungenspitze eine dominierende Rolle in der Untersuchungstechnik der Lungen behalten muß, schon deshalb, weil oft auch die Erkrankung unterhalb der Spitze gelegener Bezirke oft deutlichere physikalische Zeichen in der Supra- als in der Infraklavikulargegend erkennen läßt.

Da wir sahen, daß von 100 Fällen 43% akut und 57% chronisch begannen, so muß man wohl sagen, daß es das richtige ist, das Neue aufzunehmen und das Alte nicht zu verwerfen.

Zum Schluß möchte ich Herrn Primärarzt Dr. Mohr für die Überlassung der Arbeit und seine freundliche Unterstützung, sowie der Assistenzärztin Frl. Dr. Kutsche für ihre Mithilfe meinen besten Dank aussprechen.

Literatur-Angabe.

Aßmann: Über eine typische Form isolierter tuberkulöser Lungenherde im klinischen Beginn der Erkrankung. Beitr. Klin. Tb. 60, H. 6 (1925).

— Über die isolierten infraklav. Infiltrate nebst Bemerkung zu der gleichnamigen Arbeit von Redecker. (Beitr. Klin. Tb. 63, H. 4/5.) Beitr. Klin. Tb. 64, H. 5/6 (1926).

— Über die infraklav. Infiltrate. Klin. Wchschr. 1927, Nr. 45, S. 2128. Dt. med. Wchschr. 1927, Nr. 19.

Benda: Zu den neueren pathologisch-anatomischen Auffassungen der Tuberkulose. Med. Klin., Jahrg. 25, S. 971, Juni 29.

Breunig: Typische Formen der Lungentuberkulose. Beitr. Klin. der Tb. 58, H. 4, S. 439 (1925).

Eliasberg und Neuland: Zur Klinik der epitub. und gelatinösen Infilt. der Lunge. Jahrb. der Kinderheilkunde 93 (1920); 94 (1921).

Gerhartz: Die Abgrenzung der Lungentuberkuloseformen nach klin., hauptsächlich röntg. Zeichen. Beitr. Klin. Tb. 34, H. 2 (1916).

— Die Entwicklung der neuen Auffassung über den nicht apikalen Beginn der Lungentuberkulose. Beitr. Klin. Tb. 70, H. 6, S. 653 (1928).

— Neue Forschungen zur Entwicklung der Lungentuberkulose. Med. Klin. Nr. 34, S. 1331 (1929).

Ghon und Pototschnig: Über den primären tuberkulösen Lungenherd beim Erwachsenen. Beitr. Klin. Tb. 41, H. 1/2 (1919).

Hollo: Beitrag zur Neuorientierung über den Beginn der Lungenschwindsucht. Beitr. Klin. Tb., H. 2 (1928).

Kayser-Petersen: Beitr. Klin. Tb. 70, H. 1/2.

Kleinschmidt: Klinik und Diagnose der perifokalen Entzündung. Ber. d. Ges. dtsch. Tb.-Fürs.-Ärzte. Beitr. Klin. Tb. 65, H. 2/3, S. 369 (1926).

Klemperer: Dtsch. med. Wchschr. 1927, Nr. 50.

Laufer: Inwiefern hat die neue Lehre von der Phthiseogenese auf unsere diagnostischen und therapeutischen Bestrebungen eingewirkt. Med. Klin. Nr. 36/37, September 1929.

Löschke: Beitr. Klin. Tb. 64 und 68.

Lydtin: Über die Entwicklung der Lungentuberkulose. Zeitschr. der Tb. 49, H. 1, 4 (1927).

Neumann: Klinik der beginnenden Tuberkulose Erwachsener (2. Bd.: Formenkreis der Tb.). (1924.)

Nicol: Beitrag der Klinik der Tb. 68, H. 1.

Redecker: Zur Abgrenzung der infiltrativen Frühformen und über die verschiedenen Formen des infiltrat. Nachschubes, insbesondere über das Spätinfiltrat. Beitr. Zt. Tb. 49, H. 3 (1927).

— Über die exodative Lungeninfiltration der primären und sekundären Tuberkulose. Klin. 59, H. 4, S. 588 (1924).

— Über die Primärinfiltrierung. Zeitschrift der Tb. 45, H. 11—7 (1926).

— Die neueren klinischen Tuberkuloseanschauungen und ihre Auswirkungen auf die Technik der Tuberkulosefürsorge. Beitr. zur med. Klin. 8 (1929).

Romberg: Über die Entwicklung der Lungentuberkulose. Berlin 1928.

— Bekämpfung der Tuberkulose nach den jetzigen Anschauungen über ihre Entwicklung. Vortrag vor dem Verbande deutscher Landesversich.-Anst. Juli 1927.

Ulrici: Deutsche med. Wochenschrift 1928, Nr. 15.

Lebenslauf.

Am 3. April 1899 wurde ich, Margot Hoffmann, geb. Ring, jüdischer Konfession, preuß. Staatsangehörigkeit, als Tochter des Kaufmanns Josef Ring in Antonienhütte OS. geboren. Ich besuchte die dortige höhere Mädchenschule und später die Charlottenschule (Städt. Mädchen-Mittelschule) zu Breslau. Oktober 1916 legte ich nach 1½ jährigem Besuch des Breslauer Städt. Kindergärtnerinnenseminars die Abschlußprüfung ab und war dann 1 Jahr praktisch an Hort und Kindergarten tätig. Nach privater Vorbereitung bestand ich März 1920 an der Städt. Viktoriaschule in Breslau mein Abitur. Ich studierte dann in Breslau, Würzburg und Zürich. Im Sommersemester 1927 legte ich in Breslau mein Staatsexamen ab und war vom 1. September 1927 bis 1. September 1928 als Medizinalpraktikantin im Krankenhaus der Landesversicherungsanstalt zu Breslau auf der inneren und auf der Tuberkuloseabteilung tätig. März 1928 verheiratete ich mich mit dem prakt. Arzt Dr. med. Herbert Hoffmann und war nach erfolgter Approbation bis heute in der Praxis meines Mannes beschäftigt.